

KOMUNIKACJA
TERAPEUTYCZNA
W OPIECE
OGÓLNO MEDYCZNEJ

Marek Motyka

KOMUNIKACJA
TERAPEUTYCZNA
W OPIECE
OGÓLNO MEDYCZNEJ

WYDAWNICTWO UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

Seria: Nauki o Zdrowiu

RADA NAUKOWA

Tomasz Brzostek (Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM)

Antoni Czupryna (Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM)

Martin Gajos (Sheffield Hallam University)

Stanisława Golinowska (Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM)

Jolanta Jaworek (Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM)

Helena Lenartowicz (Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM)

Johannes A.M. Maarse (Faculty of Health Sciences, Maastricht University)

Malcolm Whitfield (School of Health & Related Research, University of Sheffield)

Cezary W. Włodarczyk (Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM)

Wydanie dofinansowane ze środków Badań Statutowych nr KK/ZDS/000748 oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM

RECENZENT

Prof. dr hab. Władysław Łosiak

PROJEKT OKŁADKI I STRON TYTUŁOWYCH

Marcin Bruchnalski

© Copyright by Marek Motyka & Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Wydanie II, Kraków 2011

All rights reserved

Niniejszy utwór ani żaden jego fragment nie może być reprodukowany, przetwarzany i rozpowszechniany w jakikolwiek sposób za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych oraz nie może być przechowywany w żadnym systemie informatycznym bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawcy.

ISBN 978-83-233-3128-5



www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków

tel. 12-631-18-81, tel./fax 12-631-18-83

Dystrybucja: tel. 12-631-01-97, tel./fax 12-631-01-98

tel. kom. 0506-006-674, e-mail: sprzedaz@wuj.pl

Konto: PEKAO SA, nr 80 1240 4722 1111 0000 4856 3325

SPIS TREŚCI

Od Autora	7
Rozdział 1. Biopsychospołeczne aspekty choroby.....	9
1.1. Biologiczny wymiar choroby.....	10
1.2. Psychologiczny wymiar choroby.....	12
1.2.1. Obraz własnej choroby.....	13
1.2.2. Deprywacja potrzeb.....	15
1.2.3. Choroba jako sytuacja trudna.....	18
1.2.4. Stres i mechanizmy radzenia sobie.....	20
1.2.5. Rola zasobów osobistych.....	28
1.3. Społeczny wymiar choroby.....	31
1.3.1. Rola chorego.....	31
1.3.2. Wsparcie społeczne.....	33
1.4. Duchowy wymiar choroby.....	36
Rozdział 2. Psychoterapia jako forma pomocy osobom chorym.....	39
2.1. Rola oddziaływań psychoterapeutycznych w chorobie.....	39
2.2. Czynniki terapeutyczne jako aktywne elementy procesu terapeutycznego.....	41
2.3. Czynniki wspólne w psychoterapii.....	48
Rozdział 3. Czynniki terapeutyczne w psychoterapii grupowej.....	65
3.1. Pierwsze próby systematyzacji.....	65
3.2. Klasyfikacja R. Corsiniego i B. Rosenberg.....	67
3.3. Klasyfikacja I. Yaloma.....	71
3.4. Klasyfikacja S. Blocha i E. Croucha.....	79
3.5. Lista wspólnych czynników terapeutycznych – podsumowanie.....	83
Rozdział 4. Komunikacja terapeutyczna – zintegrowany model czynników terapeutycznych.....	91
4.1. Pojęcie komunikacji terapeutycznej.....	91
4.2. Ogólne cele procesu terapeutycznego.....	97
4.3. Relacja terapeutyczna.....	103
4.4. Interwencje terapeutyczne w komunikacji terapeutycznej.....	110
4.5. Czynniki terapeutyczne w komunikacji terapeutycznej.....	121

Rozdział 5. Szkolenie w komunikacji terapeutycznej.....	131
5.1. Przygotowanie lekarzy i pielęgniarek do sprawowania funkcji psychoterapeutycznej w kontakcie z pacjentem	131
5.2. Model szkolenia w komunikacji terapeutycznej.....	136
Zakończenie	145
Bibliografia.....	149

OD AUTORA

Oddając do druku drugie wydanie książki pod zmodyfikowanym tytułem, jako jej autor winien jestem czytelnikom pewne wyjaśnienie. Otóż w związku ze stosunkowo szybkim wyczerpaniem się pierwszego nakładu, już od dawna planowałem wydanie kolejne, połączone z wprowadzeniem zmian wzbogacających treść pracy i omawiany w niej model terapeutycznego kontaktu z pacjentem. Niestety, jak to często bywa, presja bieżących zadań powodowała stałe odkładanie planów. Dlatego też zdecydowałem się na wydanie książki w formie niezmienionej, z wyjątkiem zastąpienia w tytule i w tekście terminu „psychoterapia elementarna” określeniem „komunikacja terapeutyczna”. Oba określenia można wprawdzie traktować jako synonimy, jednak ten pierwszy termin budzi zbyt wiele kontrowersji i uwag krytycznych, padających zwłaszcza ze strony specjalistów broniących klasycznego rozumienia psychoterapii jako teorii i metody leczenia. Uznając ich argumenty, a zarazem dążąc do uniknięcia niepotrzebnych sporów, uznałem, że bardziej neutralnym i adekwatnym określeniem dla opisywanego przeze mnie aspektu działań lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów będzie termin – komunikacja terapeutyczna. Stąd też konieczna stała się zmiana zarówno tytułu, jak i konsekwentne stosowanie w tekście tego ostatniego określenia, choć niekiedy może się pojawić ono zamiennie z terminem stosowanym wcześniej.

Warto zaznaczyć, że pomimo ośmiu lat, jakie minęły od pierwszego wydania tej książki, jej zasadnicza idea, podobnie jak i zawarte w niej informacje, pozostają wciąż żywe i aktualne.

Jest tak, ponieważ wszelkie leczenie, podobnie zresztą jak pielęgnowanie i rehabilitacja, to działania wymagające umiejętnego łączenia dwóch uzupełniających się, choć pozornie niezależnych elementów, do których należą środki o charakterze fizykalno-biologicznym i farmakologicznym oraz środki typowo psychologiczne. Obecnie uświadamiamy sobie coraz lepiej, że te ostatnie odgrywają bardzo ważną rolę w mobilizacji psychicznej pacjenta i stymulowaniu sił obronnych jego organizmu. Ponadto w zdecydowanej większości przypadków choroba somatyczna, zwłaszcza jeżeli jest poważna lub jeśli trwa długo, stwarza wiele problemów natury emocjonalnej, których przezwyciężenie wymaga od chorego dużego wysiłku.

Dlatego też, poza rutynowymi, zorientowanymi na ciało działaniami lekarsko-pielęgniarskimi, potrzebuje on odpowiedniej, wysoce zindywidualizowanej pomocy psychicznej, wspomagającej prowadzone leczenie i pielęgnację.

Pomoc ta może mieć różny charakter w poszczególnych przypadkach i na różnych etapach procesu rozwoju choroby. Jej forma może się często zmieniać, od zwykłego zainteresowania pacjentem jako osobą (a nie jeszcze jednym przypadkiem choroby), poprzez aktywne słuchanie, udzielanie wyjaśnień, okazywanie ciepła i serdeczności, do stosunkowo złożonych interwencji obejmujących pomoc w integracji nowych, nieraz bolesnych i trudnych do zaakceptowania doświadczeń, w tym także pomocy w odreagowaniu negatywnych uczuć.

Źródłem doraźnych oddziaływań o psychologicznym charakterze, stanowiących istotny element wszelkich działań leczniczo-pielęgnacyjnych, powinien być przede wszystkim personel medyczny, czyli lekarze i pielęgniarki, sprawujący na co dzień stałą, bezpośrednią opiekę medyczną nad chorym. Biorąc to pod uwagę, głównym celem opracowania stała się próba pogłębionej analizy środków psychoterapeutycznego oddziaływania, dostępnych nie tylko psychologom i psychiatrom specjalizującym się w psychoterapii, lecz także pozostających w dyspozycji, choć nie zawsze w sposób zreflektowany, całego personelu medycznego opiekującego się chorym.

Próba zidentyfikowania i opisania podstawowych czynników działających w relacji terapeutycznej oraz uporządkowanie ich w ramach ogólniejszych kategorii doprowadziły do powstania prezentowanego w tej pracy, zintegrowanego modelu teoretycznego podstawowych oddziaływań psychologicznych o terapeutycznym charakterze, określanych całościowo mianem komunikacji terapeutycznej. Model taki, porządkujący podstawowe środki (czynniki) psychoterapeutyczne, którymi mogą i powinny posługiwać się w swej pracy osoby zawodowo opiekujące się chorym, wydaje się bardzo potrzebny zarówno w teorii, jak i w praktyce działań leczniczo-pielęgnacyjnych.

Prezentowana w pracy koncepcja komunikacji terapeutycznej zawiera charakterystykę takich jej składowych, jak: podstawowe cele procesu terapeutycznego, relacja terapeutyczna, interwencje terapeutyczne oraz wspólne czynniki terapeutyczne. Została skonstruowana przez autora na podstawie obszernej analizy teoretycznej danych zawartych w literaturze oraz pochodzących z własnych przemyśleń i obserwacji.

Należy podkreślić, że pojęcie komunikacji terapeutycznej, podobnie jak stosowane wcześniej pojęcie psychoterapii elementarnej, nie odwołuje się do samodzielnej metody leczenia, jaką jest psychoterapia specjalistyczna, lecz jedynie do wspomagania działań medyczno-pielęgnacyjnych poprzez zreflektowane korzystanie z dostępnych środków psychologicznych. Zaproponowany przez autora model czynników terapeutycznych, rozumianych jako ważne, wewnętrzne zasoby pacjenta, które mogą być uzupełniane i uruchamiane dzięki relacji terapeutycznej oraz podejmowane w niej działania, pozwala na przerzucenie pomostu między opieką medyczną, psychologią zdrowia i psychoterapią. Model ten odwołuje się do psychologicznych czynników związanych z trzema wymiarami ludzkiego doświadczenia, z których pierwszy łączy się z poczuciem szeroko rozumianej siły, drugi z uczuciami o pozytywnym zabarwieniu, a trzeci z ekspresją negatywnych emocji.

Opracowanie zawiera również ocenę psychologicznego przygotowania lekarzy i pielęgniarek w zakresie funkcji psychoterapeutycznej, a także propozycję programu szkoleniowego dla pielęgniarek, dotyczącego tej właśnie funkcji. Program ten może być adaptowany również do potrzeb szkolenia lekarzy, fizjoterapeutów i innych pracowników opieki zdrowotnej, których praca wymaga bezpośredniego kontaktu z pacjentem.

Zgodnie ze stanowiskiem autora, skuteczne działania edukacyjne dotyczące doskonalenia komunikacji terapeutycznej, prowadzone w środowisku pielęgniarek i lekarzy, zarówno na poziomie przed-, jak i podyplomowym, obok uwarunkowań ekonomicznych oraz właściwych rozwiązań organizacyjno-systemowych, stanowią obecnie jeden z najważniejszych kierunków działań mogących w sposób widoczny wpłynąć na poprawę jakości usług świadczonych w ramach obecnego systemu opieki zdrowotnej.

ROZDZIAŁ 1

BIOPSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY CHOROBY

Zanim przejdę do przedstawienia złożonego problemu pomocy psychologicznej, jaka może i powinna być udzielana chorym przez pielęgniarki i lekarzy, chciałbym zatrzymać się nad sytuacją człowieka, który został dotknięty chorobą i przebywa w szpitalu poddany stosownej opiece medycznej. Z analizy tej sytuacji wynikają bowiem wyraźne przesłanki uzasadniające konieczność uwzględnienia aspektu psychologicznego w działaniach pielęgnacyjno-terapeutycznych, a co więcej, istotne wskazówki mogące ułatwiać takie działania.

Każda sytuacja, w której człowiek świadomie uczestniczy jako osoba, ma charakter interakcyjny (relacja). Fakt ten dobrze oddaje szeroka formuła N. Endlera i D. Magnussona (cyt. za Terelak, 1995, s. 65), którzy ujmują to następująco:

- zachowanie jest funkcją wzajemnych oddziaływań pomiędzy jednostką a sytuacją,
- jednostka jest aktywnym podmiotem w istniejącym układzie powiązań,
- ze strony sytuacji ważnymi determinantami zachowania są te jej właściwości, które łączą się z jej psychologicznym znaczeniem dla jednostki,
- ze strony jednostki ważnymi determinantami zachowania są czynniki poznawcze, choć czynniki emocjonalne również mają znaczenie.

Interakcyjny charakter zachowania, aktualnie akcentowany jest bardzo mocno w obszernym nurcie prac związanych z interakcyjną koncepcją stresu pochodzącą od R. Lazarusa (Lazarus, Folkman, 1984; Lazarus, 1986; Łosiak, 1995a).

W gruncie rzeczy bardzo podobne, choć nieco inaczej formułowane stanowisko funkcjonuje od dawna w polskiej tradycji psychologicznej odwołującej się do prac T. Tomaszewskiego. Zgodnie z zaproponowanym przez T. Tomaszewskiego (1963; 1975) psychologicznym rozumieniem pojęcia sytuacji, odnosi się ono do względnie zamkniętego układu wzajemnych stosunków człowieka z innymi elementami jego środowiska w określonym momencie czasu. Bardzo ważnym aspektem tak rozumianej sytuacji i w gruncie rzeczy istotą proponowanej przez T. Tomaszewskiego interpretacji jest to, że człowiek wraz ze swą subiektywną percepcją stanowi wyróżniony, przedmiotowo-podmiotowy element szerszego układu.

Specyfika sytuacji psychologicznej człowieka polega więc na tym, że mieści ona w sobie dwa odrębne, choć ściśle powiązane z sobą „porządki”. Jeden z nich dotyczy

obiektywnego stanu rzeczy (w przypadku chorego, jest to zarówno jego stan fizyczny, jak i warunki leczenia oraz hospitalizacji), a drugi dotyczy odzwierciedlenia tych wewnętrznych warunków w świadomości. Jak pisze T. Tomaszewski (1975, str. 22):

„...podejmując próby wywierania wpływu na zachowanie człowieka znajdującego się w określonej sytuacji (wpływu wychowawczego, kierowniczego lub terapeutycznego), musimy uwzględniać zarówno obiektywny stan rzeczy, jak i jego percepcję przez podmiot; wpływ ten może być skuteczny tylko przez takie oddziaływanie na rzeczywistość, które uwzględni treść świadomości człowieka i takie oddziaływanie na świadomość, które uwzględni obiektywny stan rzeczy”.

Psychologiczna sytuacja chorego obejmuje więc oba porządki i nie zrozumiemy jej, dopóki obok informacji o faktach nie poznamy i nie uwzględnimy informacji trudniej dostępnych, dotyczących świata subiektywnych znaczeń, jakie chory tym faktom nadaje. Oba porządki łączy wzajemne oddziaływanie, o czym także musimy pamiętać w analizie.

Rozpatrując psychologiczną sytuację człowieka chorego, musimy ponadto odnieść ją do całej jego przestrzeni życiowej. Bywa, że pod wpływem choroby przestrzeń ta kurczy się dramatycznie, niemniej jednak i wtedy obejmuje szereg płaszczyzn (wymiarów) wymagających uwzględnienia. Bowiem tak jak życie człowieka toczy się w wielowymiarowej przestrzeni, tak i choroba w mniej lub bardziej dotkliwy sposób przejawia się w tych samych wymiarach, tj. w wymiarze biologicznym, społecznym, psychologicznym i moralno-duchowym (Motyka, 1999a). Ponieważ wymienione płaszczyzny życia są z sobą ściśle powiązane, więc wszystko, co dzieje się na jednej z nich, musi znaleźć jakieś odbicie w pozostałych (człowiek jako istota biopsychosocjalna oraz duchowa). Dlatego też płaszczyzna psychologiczna powinna być rozpatrywana w kontekście pozostałych wymiarów, w które jest zawsze w jakiś sposób uwikłana.

1.1. Biologiczny wymiar choroby

Biologiczny wymiar choroby, czyli stan organizmu poddanego działaniu czynników chorobotwórczych, stanowi wymiar najbardziej obiektywny. Stosunkowo najłatwiej poddaje się on naukowej, obiektywnej ocenie, co wyraża się między innymi diagnozą lekarską, popartą liczbowymi wynikami testów medycznych oraz badań pomocniczych opisujących ważne parametry funkcjonowania organizmu pacjenta. Wymiar ten obejmuje także trudności w zaspokajaniu podstawowych, biologicznych potrzeb chorego, na skutek występujących u niego zaburzeń.

Zaspokojenie potrzeb, w tym potrzeb biologicznych, należy do najważniejszych czynników warunkujących zachowanie życia i optymalny poziom funkcjonowania człowieka (jakość życia). Choroba utrudnia zaspokojenie wielu podstawowych potrzeb człowieka, a jednocześnie głęboka deprywacja potrzeb może być źródłem choroby.

Wśród potrzeb biologicznych, które mają szczególnie duże znaczenie i których zaspokojenie wymaga stałej kontroli ze strony personelu opiekującego się chorym, wymienić należy zwłaszcza takie potrzeby, jak: oddychania, dostarczenia odpowiedniej ilości płynów i pożywienia, wydalania, utrzymania odpowiedniej temperatury ciała, snu i wypoczynku, aktywności fizycznej, utrzymania czystości i higieny, wygody oraz

unikania bólu (por. Majda, Zahradniczek, 1995; Poznańska, 1995; Walden-Gałuszko, 1994).

Choroba, zależnie od jej rodzaju i stopnia zaawansowania, poprzez zakłócenie ważnych życiowo funkcji organizmu, w sposób bezpośredni może upośledzać możliwości chorego w samodzielnym zaspokajaniu wymienionych potrzeb. Groźne są zwłaszcza ostre stany zagrożenia życia, którym często towarzyszy lęk i rozmaite dolegliwości bólowe. Stany te sprzyjają pojawianiu się zaburzeń świadomości i poczucia dezorientacji u pacjenta. Wśród dodatkowych czynników, które sprzyjają pojawianiu się takich objawów, wymienia się: bezsenność, występującą zwłaszcza we wczesnym etapie okresu pooperacyjnego, poczucie unieruchomienia przez podłączone do ciała przewody i dreny oraz przykre procedury medyczne, takie choćby, jak odsysanie, wspomaganie oddechu lub tym podobne (Wilson-Barnet, 1979).

Ograniczenie możliwości samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb biologicznych w przebiegu choroby somatycznej tworzy poważne źródło fizycznego i psychicznego dyskomfortu. Dyskomfort ten może być również wywołany warunkami, w jakich przebiega leczenie oraz niektórymi jego ubocznymi skutkami.

Pomimo że zaspokojenie potrzeb biologicznych ma podstawowe znaczenie dla człowieka, to warto zaznaczyć, że z badań prowadzonych wśród chorych hospitalizowanych, niezależnie od czasu hospitalizacji i rodzaju oddziału szpitalnego (jedynym wyjątkiem są oddziały intensywnej terapii), wynika, iż na plan pierwszy w świadomości chorych zwykle wysuwają się potrzeby psychiczne, a nie biologiczne (np. potrzeba bezpieczeństwa, kontaktów społecznych czy potrzeba bycia informowanym). Potrzeby biologiczne, z których najbardziej nasilone okazały się takie, jak potrzeba snu i wypoczynku, potrzeba samodzielnego oddychania, potrzeba utrzymywania stałej ciepłoty ciała, potrzeba ruchu i potrzeba czystości, zajmują zwykle dalszą pozycję w hierarchii (por. Kowalewska, Kaczor, 1985; Wołowicka, Kurowska i in., 1985; Wołowicka, Modzelewska i in., 1987; Wołowicka, Myca i in., 1987). Wynik taki nie dziwi, jeśli wziąć pod uwagę, że właściwie prowadzone leczenie szpitalne na ogół zabezpiecza możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb biologicznych chorego. Należy to do podstawowych zadań opieki szpitalnej. Z kolei jest oczywiste, że w ostrych stanach zagrożenia życia, przy zakłóceniu podstawowych funkcji życiowych, dominować będą potrzeby biologiczne, gdyż dynamika ujawniania się tych potrzeb zależy bezpośrednio od fizycznego stanu chorego, choć wpływ na nią mają też czynniki psychologiczne (Bishop, 2000; Heszen-Klemens, 1979; Heszen-Klemens, 1983; Kopczyńska-Tyszko, 1999; Kubacka-Jasiecka, 1999).

Należy podkreślić, że choroba traktowana jako zjawisko biologiczne ulega wyrażeniu uprzedmiotowieniu, co sprawia, że może być badana i analizowana zgodnie z zasadami badań obowiązującymi w naukach ścisłych. Procesy i czynności organizmu mogą być testowane i poddawane licznym próbom i badaniom laboratoryjnym w warunkach zapewniających powtarzalność i maksymalny stopień kontroli. To przedmiotowo-obiektywne traktowanie choroby wymaga odpowiedniego, emocjonalnego dystansu. Dystans taki możliwy jest dla lekarza, lecz nie może stać się w pełni udziałem chorego. Dla niego choroba i to, co mu ona przynosi, stanowi część osobistego doświadczenia. Choroba z reguły nie jest spostrzegana przez pacjenta jako byt odrębny, izolowany od jego „ja”. To przecież nie kto inny, ale on sam czuje się chory, to jego ciało nie funkcjonuje jak należy, to właśnie jego osobiście dotyka cierpienie. Oczywiście, może być i tak, że chory pragnie zdystansować się od swej choroby

i dzięki aktywności psychicznych mechanizmów obronnych niekiedy nawet mu się to udaje. Niemniej w pełni racjonalny stosunek pacjenta do choroby rzadko bywa możliwy. Dlatego też biologiczny wymiar choroby, aczkolwiek bardzo ważny, wcale nie musi okazać się najważniejszym elementem określającym przeżywanie i zachowanie chorego. Jego wewnętrzne nastawienie, wyobrażenia i system wartości, subiektywne znaczenie przypisywane objawom, mechanizmy obronne, kontekst społeczny lub sytuacja życiowa mogą sprawić, że będzie on ocenił stan swego organizmu niezgodnie ze stanem faktycznym lub będzie się kierował w postępowaniu zupełnie innymi wartościami niż zdrowie. Trudno to niekiedy zrozumieć biologicznie zorientowanym lekarzom i pielęgniarkom i stąd duże trudności w nawiązaniu dobrego kontaktu z pacjentem, który spostrzega sytuację odmiennie, koncentrując się na innych wymiarach i innych znaczeniach choroby niż personel medyczny.

Rozbieżność pomiędzy stanem obiektywnym stwierdzonym przez lekarza a subiektywnym stanem świadomości pacjenta może być nieraz bardzo duża. Według szacunkowych danych, aż ponad 50% objawów zgłaszanych przez pacjentów lekarzom internistom nie ma uchwytneho związku z żadną klinicznie rozpoznawalną chorobą (Bishop, 2000). Zdarza się również, że pomimo zmian zachodzących w organizmie, człowiek nie doświadcza żadnych objawów. Stąd też dolegliwości odczuwane przez chorego często należy traktować bardziej jako indywidualny wyraz jego interpretacji tego, co dzieje się w organizmie, niż dowód rzeczywistego wystąpienia zaburzeń. Nie znaczy to oczywiście, aby zgłaszane dolegliwości bagatelizować bądź lekceważyć.

Wyróżnia się trzy rodzaje receptorów somatycznych, które przekazują informacje do mózgu o obiektywnych zmianach pojawiających się w ciele. Są to mechanoreceptory, termoreceptory i receptory bólu (Bishop, 2000). Jak się okazuje, doznanie choroby co najwyżej tylko częściowo odnosi się do płynących od nich sygnałów. Dlatego też próbuje się odróżnić chorobę rozumianą jako zespół obiektywnych zmian patologicznych występujących w organizmie na skutek przekroczenia jego możliwości kompensacyjnych, dający się zidentyfikować metodami klinicznymi i wyrazić diagnozą lekarską (jednostka chorobowa), od subiektywnego doświadczenia choroby i związanego z nim dyskomfortu lub cierpienia (Bishop, 2000; Jennings, 1986; Zaborowski, 1990).

Podsumowując dotychczasowy fragment rozważań, możemy krótko stwierdzić, że biologiczny aspekt choroby, często niesłusznie utożsamiany z aspektem medycznym (medyczny wymiar, w istocie rzeczy, obejmuje całą wielowymiarową przestrzeń życiową pacjenta, rozpatrywaną z perspektywy zdrowia i choroby), to obiektywny stan organizmu i zaburzenia w jego funkcjonowaniu oraz fizyczne warunki opieki i leczenia. Odnosi się on do warunków określających stopień obiektywnych trudności, na które natrafia pacjent w zaspokojeniu swych podstawowych potrzeb. Uwzględnienie biologicznych aspektów choroby jest niezbędne przy ustalaniu diagnozy i stosownego planu leczenia oraz pielęgnacji, lecz całkowicie niewystarczające do zrozumienia postawy i reakcji emocjonalnych pacjenta oraz nawiązania z nim dobrej współpracy.

1.2. Psychologiczny wymiar choroby

Psychologiczny wymiar choroby to wymiar zdecydowanie subiektywny. Związany jest z indywidualną perspektywą spojrzenia pacjenta na pojawiające się zaburzenia

w pracy organizmu, na trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb oraz na ich skutki. Jest on jednak czymś więcej niż tylko subiektywnym odzwierciedleniem przez pacjenta obiektywnego stanu swego zdrowia, warunków leczenia, sposobu odnoszenia się do niego lekarzy i pielęgniarek, czy stosowanych metod leczniczych. Psychologiczny wymiar choroby to bowiem zarówno poznawczy obraz sytuacji, jak i złożony zespół emocji wiążących się z tym obrazem oraz zespół działających w chorobie mechanizmów psychologicznych. Poznanie tego właśnie wymiaru dostarcza najważniejszych informacji potrzebnych do zrozumienia pacjenta, gdyż tu właśnie mieści się większość czynników decydujących o jego zachowaniu.

Rozpatrując psychologiczny wymiar choroby, wciąż należy pamiętać o dwustronnej zależności pomiędzy rodzajem i przebiegiem choroby a jej przeżywaniem i emocjonalnymi problemami, jakie ona niesie. Z jednej strony, choroba wywołuje szereg (na ogół niekorzystnych) skutków w psychologicznym funkcjonowaniu jednostki, z drugiej to, co na tym poziomie się dzieje, wywiera głęboki wpływ na powstanie, rozwój i przebieg choroby. W tym ostatnim przypadku mamy do czynienia z tzw. zależnościami psychosomatycznymi (Jarosz, 1978; Heszen-Klemens, 1983; Luban-Plozza i in., 1995; Płużek, 1978; Wrześniewski, 2000b), których nie będę tu szerzej omawiał, koncentrując się bardziej na psychologicznych konsekwencjach choroby.

Przy próbie nieco pełniejszego zagłębienia się w omawiane tu relacje somatopsychiczne, przydatne może być uwzględnienie takich podstawowych mechanizmów psychologicznych odgrywających ważną rolę w chorobie, jak obraz własnej choroby, charakter i stan potrzeb pacjenta, stres i mechanizmy radzenia sobie w chorobie, w tym reakcje na chorobę i mechanizmy obronne oraz zasoby indywidualne pozostające w dyspozycji pacjenta. Zagadnienia te zostaną krótko omówione poniżej.

1.2.1. Obraz własnej choroby

Obraz własnej choroby pełni funkcję ważnego mechanizmu psychologicznego, w znacznym stopniu determinującego sposób, w jaki sposób sytuacja choroby jest doświadczana przez chorego. Jest on podmiotowym odzwierciedleniem w świadomości pacjenta tych wszystkich, ważnych elementów sytuacji, które bezpośrednio wiążą się z chorobą.

Na obraz własnej choroby i jego rolę w procesach adaptacyjnych, pierwszy w polskiej literaturze psychologicznej zwrócił uwagę M. Kulczycki (1971), wprowadzając termin „konceptja własnej choroby”. Według niego, na koncepcję choroby składają się przekonania i wyobrażenia pacjenta odnoszące się do tego, czym dana choroba jest (na czym polega), jak powstała i jaki będzie jej dalszy przebieg. I. Heszen-Klemens (1983, str. 49) traktuje obraz własnej choroby jako złożony, dynamiczny schemat, stanowiący „poznawczą reprezentację choroby” i wskazuje na dwa, szczególnie ważne jej zdaniami elementy, a mianowicie:

„obraz własnego stanu aktualnego, w tym poglądy na temat wpływu zmian w chorym narządzie na ogólny stan całego organizmu i funkcjonowanie innych narządów, a także przewidywania na temat ewentualnych trwałych następstw choroby, jej skutków trwających po skończeniu leczenia.” (op. cit., str. 48).

Autorka podkreśla dynamiczny charakter obrazu własnej choroby, który zmienia się wraz z czasem trwania choroby oraz dopływem nowych informacji, chociaż nie

wszystkie nowe informacje o chorobie są równie łatwo dostrzegane i przyswajane. Obraz własnej choroby stanowi bowiem rodzaj pewnego filtru, selekcjonującego dopływające z zewnątrz informacje, który w dużym stopniu decyduje o tym, na które z otrzymanych informacji pacjent zwróci uwagę, a które będzie ignorował lub nawet negował (Kulczycki, 1971; Heszen-Klemens, 1983). Według I. Heszen-Klemens (op. cit.), działa tu ogólna zasada dysonansu poznawczego. Można jednak sądzić, że znaczną rolę odgrywają tu również psychologiczne mechanizmy obronne.

Jak wynika z badań, obraz własnej choroby może różnić się znacznie u poszczególnych pacjentów, niezależnie od ich obiektywnego stanu zdrowia. Różnice te dotyczą zarówno bogactwa treści, jak i struktury, która w niektórych przypadkach może być pełna i bardzo wyraźnie określona, wtedy gdy pacjent dobrze rozumie naturę swych dolegliwości, ich przyczyny i konsekwencje, a w innych może być niekompletna i mglista. Okazuje się, że przypadki, w których obraz własnej choroby zawiera znaczne luki i sprzeczności oraz treści kompletnie nieadekwatne wobec istniejącego obiektywnie stanu rzeczy, wcale nie należą do rzadkości (Heszen-Klemens, 1979; 1983; Łosiak, 1999b).

Tymczasem obraz własnej choroby pełni ważne funkcje w organizacji zachowania pacjenta i jego reakcji emocjonalnych. W sytuacjach, w których staje się on niejasny, niekonsekwentny lub nieadekwatny, maleją jego funkcje adaptacyjne i zwiększa się zależność pacjenta od czynników natury zewnętrznej (por. Adamczak, 1985; Jarosz, 1978; Kulczycki, 1971). Jednak w sytuacjach, w których choroba jest na tyle poważna, że pacjent niewiele jest w stanie zrobić, aby ją powstrzymać, problem adekwatności obrazu własnej choroby okazuje się znacznie bardziej złożony (Wrona-Polańska, 1999) i ściśle powiązany z możliwościami radzenia sobie ze stresem choroby. Można przyjąć, że w tego typu sytuacjach nierealistyczny obraz choroby może być w wielu przypadkach czynnikiem korzystnym dla pacjenta (por. Taylor, 1983; 1984). Dlatego też w ocenie jego funkcjonalności, oprócz już wcześniej wymienionych cech, należałoby brać pod uwagę dodatkowo jego rolę w zakresie utrzymywania równowagi emocjonalnej pacjenta na optymalnym poziomie.

Wspomniana powyżej kwestia dotycząca roli adekwatnej percepcji zagrożenia, będzie jeszcze rozważana przy okazji omawiania problematyki dotyczącej stresu i mechanizmów radzenia sobie w chorobie.

Warto zaznaczyć, że obraz własnej choroby zawiera nie tylko elementy poznawcze, ale i emocjonalne. Cytując za M. Adamczak (1985, str. 65):

„...koncepcja choroby zawiera zwykle elementy dwojakiego rodzaju: informacje o chorobie (wiedzę mniej lub bardziej obiektywną i prawdziwą) oraz stosunek emocjonalny do choroby i do faktu chorowania (bycia chorym)”.

Jak już zaznaczyłem wcześniej, w zależności od całokształtu sytuacji życiowej człowieka, charakteru jego choroby, stanu potrzeb i autopercepcji, choroba może przyjmować różne emocjonalne znaczenia. W literaturze psychologicznej najczęściej wymienia się za Z. Lipowskim (1970) takie jej znaczenia, jak: choroba jako przeszkoda, choroba jako strata, choroba jako ulga, choroba jako korzyść (strategia) i choroba jako wartość. W praktyce choroba najczęściej bywa interpretowana jako przeszkoda albo jako strata, chociaż dla pewnej grupy chorych używających swych dolegliwości w sposób instrumentalny prawdziwe będzie raczej jej trzecie znaczenie.

Niezależnie od wspomnianej już, adaptacyjnej funkcji obrazu własnej choroby, charakter składających się nań subiektywnych wyobrażeń chorego w sposób zasadniczy określa jego stosunek do choroby i leczenia oraz wyznacza kierunek podejmowanych działań. Dlatego też poznanie subiektywnego obrazu choroby pacjenta powinno być podstawowym zadaniem każdej osoby sprawującej nad nim stałą, profesjonalną opiekę medyczną.

Jak widać, niezależnie od obiektywnych cech sytuacji (biologiczny wymiar choroby), czynniki psychologiczne wywierają bardzo duży wpływ na percepcję jej symptomów. Oprócz obrazu własnej choroby, który stanowi pewną specyficzną i względnie trwałą strukturę dynamiczną, w literaturze wymienia się między innymi takie psychologiczne czynniki, jak kierunek uwagi (koncentracja uwagi na własnych doznaniach zwiększa liczbę spostrzeganych i zgłaszanych objawów chorobowych), uczenie się (np. obserwacja zachowań osób znaczących w zakresie ich stosunku do swego zdrowia), oczekiwania (lepszą percepcją doznań odpowiadających wytworzonym oczekiwaniom) oraz emocje (wzrost wrażliwości na objawy dyskomfortu, negatywna ocena zdrowia i obserwowanie większej liczby objawów wraz z pogorszeniem nastroju) (Bishop, 2000).

Uwzględniając wymienione czynniki, należy pamiętać, że percepcja objawów zawsze ma charakter całościowy, tzn. że pacjent nie spostrzega ich w postaci oderwanych od siebie informacji, lecz włącza w schematy już posiadanej wiedzy i poglądów na temat danej choroby. W tym miejscu wracamy ponownie do związku wymienionych czynników z obrazem własnej choroby oraz znaczenia tej struktury jako ważnego mechanizmu regulacyjnego.

1.2.2. Deprywacja potrzeb

Rozpatrywanie psychologicznej sytuacji chorego w kategoriach potrzeb, których zaspokojenie w warunkach choroby napotyka liczne i nieraz poważne trudności, wydaje się mieć szczególny walor praktyczny. Pozwala bowiem uporządkować czynniki, które zaburzają normalne funkcjonowanie pacjenta lub grożą takim zaburzeniem, a zarazem jak w zwierciadlanym odbiciu ukazują czynniki, które mogą wesprzeć jego zdrowie i rozwój.

Wśród różnych psychologicznych koncepcji potrzeb, bardzo użyteczna do opisu sytuacji człowieka chorego wydaje się koncepcja potrzeb A. Masłowa (Maslow, 1964; 1990). Użyteczność ta płynie głównie z faktu, iż jest to koncepcja spójna, a zarazem prosta i klarowna. Dostarcza modelu pozwalającego na prostą klasyfikację podstawowych potrzeb chorego, ułatwiającego identyfikację czynników utrudniających ich zaspokojenie, jak również identyfikację ewentualnych czynników wspierających.

Przykładowa lista najprostszych pytań, na jakie powinni odpowiedzieć sobie lekarz lub pielęgniarka opiekujący się chorym i usiłujący uwzględnić w tej opiece potrzeby psychiczne chorego, wyglądać może następująco:

- Poziom potrzeb bezpieczeństwa. Czy chory żywi jakieś obawy lub wątpliwości związane z chorobą, leczeniem i pobytem w szpitalu? Co należy zrobić, by zmniejszyć obawy chorego i podnieść jego ogólne poczucie bezpieczeństwa?
- Poziom potrzeb przynależności i miłości. Jak wyglądają relacje pacjenta z bliskimi i czy mogą mieć jakiś związek z obserwowanymi u niego objawami? Czy

choroba wywołała istotne zmiany w tych relacjach? Czy występują jakieś trudności w kontakcie z chorym i jaka jest tego przyczyna?

- Poziom potrzeb szacunku. Jak wygląda społeczna i zawodowa sytuacja pacjenta oraz czy sytuacja ta może mieć jakiś związek z chorobą? Czy choroba w jakiś sposób narusza lub zagraża dotychczasowej pozycji pacjenta? Czy powoduje to u niego zagrożenie poczucia własnej wartości, a jeśli tak, to co można zrobić, aby poczucie wartości przywrócić lub umocnić?

- Poziom potrzeb samorealizacji. Czy w związku z chorobą pacjent ma lub przewiduje poważne trudności (jakie) w robieniu tego, do czego przywykł lub co uważa za ważne dla siebie? Czy potrzebuje jakichś wyjaśnień, czy ukazania innych celów i wartości (jakich), lub pomocy w odnalezieniu sensu w tym, co go spotkało?

Powyższa lista pytań, oczywiście bardzo niepełna, jest jedynie wskazówką co do kierunku, w jakim się poruszamy, usiłując dotrzeć do emocjonalnych problemów pacjenta związanych z chorobą, a ściślej z depryzacją lub zagrożeniem jego podstawowych potrzeb psychicznych.

Uzupełnienie informacji odnoszących się do niezaspokojonych potrzeb pacjenta oraz do wynikających stąd problemów i patologii (podejście patogenetyczne) o informacje dotyczące jego mocnych stron i potencjalnych możliwości (zasoby – podejście salutogenetyczne), znacznie poszerza sposób widzenia i rozumienia całej sytuacji.

Jak wynika z wielu przeprowadzonych badań dotyczących zaspokojenia potrzeb psychicznych przejawianych przez chorych w toku leczenia, sytuacja w tym względzie pozostawia wiele do życzenia (Gordon, Edwards, 1999; Heszen-Klemens, 1983; Korsch, Harding, 1999; Lepiarz, 2001; Łazowski, 1995; Motyka, 1984b).

Zgodnie z koncepcją A. Masłowa, do potrzeb psychicznych o bardzo istotnym znaczeniu należy zaliczyć potrzebę bezpieczeństwa. Choroba, zwłaszcza jeżeli jest poważna, silnie aktywizuje tę potrzebę. Występuje wówczas zachwianie poczucia bezpieczeństwa i poszukiwanie przez chorego oparcia w lekarzach i pielęgniarkach, których chciałby postrzegać jako osoby kompetentne, życzliwe i budzące zaufanie (por. Luban-Plozza, 1997; Israel, 1969; Moszczyński, Żabiński, 1997; Pajor, Kabat, Motyka, 1979; Walat, 1997). Tymczasem współczesny, wysoce technicyzowany model medycyny stwarza niezbyt korzystne warunki do koncentracji na zaspokajaniu tego typu psychologicznych potrzeb pacjenta (Magdoń, 1996; Łazowski, 1995).

W klasycznych, lecz wciąż aktualnych, badaniach dotyczących tego zagadnienia poddano np. filmowej rejestracji wizytę w gabinecie lekarza pediatry. Stwierdzono, że wiele matek przejawiało napięcie i lęk, nie uzyskując na te objawy dostatecznego odzewu ze strony lekarza. Podczas rozmów prowadzonych z matkami chorych dzieci bezpośrednio po wizycie, okazało się, że aż jedna czwarta badanych uważała, iż nie miała możliwości przedstawienia lekarzowi najbardziej niepokojącego problemu, a jedna piąta, że nie otrzymała wyjaśnienia dolegliwości występujących u ich dzieci (Korsch, Negrete, 1972). W innych, nieco późniejszych badaniach, prowadzonych w różnych placówkach opieki zdrowotnej okazało się, że prawie połowa pacjentów była niezadowolona z wizyty, mając poczucie, że lekarz nie zajął się tak jak należy, najważniejszym dla nich problemem (Korsch, Gozzi, Francis, 1986).

B. Korsch i C. Harding (1999), opierając się na wynikach wielu doniesień i wieloletnich własnych obserwacji, uważają, że główną przyczyną skarg pacjentów jest poczucie, że ich obawy i wątpliwości nie zostały w pełni wysłuchane

i zrozumiane. Sytuacja tego typu wiąże się niewątpliwie z brakiem zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, podobnie jak i potrzeby akceptacji.

Bardzo wielu pacjentów przejawia liczne obawy związane z chorobą, występującymi objawami i prowadzonym leczeniem. W badaniach ankietowych przeprowadzonych w grupie 67 chorych na chorobę żołądka i dwunastnicy, hospitalizowanych w okresie 3 miesięcy w kilku różnych szpitalach, B. Kropornicka i B. Ślusarska (1997) stwierdziły poważne obawy na przyszłość dotyczące występowania dolegliwości, aż u 88% pacjentów. Dane te wyraźnie ukazują, jak powszechne jest zagrożenie potrzeby bezpieczeństwa w chorobie.

Do ważnych potrzeb pacjenta należących z jednej strony do grupy potrzeb poznawczych, a z drugiej zahaczających o potrzeby szacunku i znaczenia (poczucie poznawczej kontroli nad sytuacją i posiadania pewnego wpływu na podejmowane decyzje), można zaliczyć potrzebę bycia informowanym. Z licznych badań prowadzonych na ten temat wynika, że pacjenci odczuwają znaczny niedosyt w zakresie bycia informowanym zarówno o stanie zdrowia, jak i o stosowanym leczeniu (Gordon, Edwards, 1999; Korsch, Harding, 1999; Motyka, 1984a). Pomimo niewątpliwego postępu w stosowanych metodach leczenia, jaki odnotować można w ostatnich kilkunastu latach, a także większego nacisku kładzionego w programach kształcenia pielęgniarek i lekarzy na holistyczne rozumienie choroby i komunikowanie się z pacjentem (Bomba, Leśniak, 1997), w praktyce samego kontaktu z chorym, jak się wydaje, zmienia się stosunkowo niewiele. W badaniach przeprowadzonych w Krakowie, w latach osiemdziesiątych, metodą ankietową w grupie 200 pacjentów przebywających w leczeniu internistycznym w różnych placówkach szpitalnych, wykazano, że ponad połowa z nich uważa posiadane informacje o swym stanie zdrowia za niewystarczające i oczekuje w tym względzie dodatkowych wyjaśnień. Wykazano również, że większość pacjentów posiada rozmaite obawy związane ze swą chorobą, które nie zostały przez nich w dostateczny sposób omówione z lekarzem i nie uzyskały odpowiedniego wyjaśnienia (Motyka, 1984a). Te same badania powtórzone w roku 2001, pod kierunkiem autora, przyniosły niemal identyczne wyniki (Lepiarz, 2001). Jedyną istotną różnicą dotyczyła nieco większej aktywności obecnych pacjentów w poszukiwaniu odpowiedzi na dręczące ich pytania i wątpliwości, co wyrażało się częstszym inicjowaniem prób rozmowy na ten temat z lekarzami i pielęgniarkami. Wyniki te są zbliżone do wyników uzyskiwanych i w innych, podobnych badaniach. Na przykład w cytowanych wcześniej badaniach B. Kropornickiej i B. Ślusarskiej, około 48% pacjentów oceniło uzyskaną dotąd wiedzę za niewystarczającą do życia z chorobą. Najczęstszym źródłem informacji o chorobie był lekarz (72% ankietowanych), natomiast od pielęgniarek ankietowani takie informacje uzyskiwali czterokrotnie rzadziej.

W sytuacji choroby podlegają deprywacji również potrzeby znaczenia i szacunku. Choroba obniża sprawność i utrudnia pełnienie ról, z których chory mógł czerpać dotąd wiele satysfakcji. Wpływa to negatywnie na poczucie własnej wartości chorego. Negatywnie wpływa również spowodowana chorobą zależność od osób sprawujących opiekę nad chorym. Zależność ta staje się tym większa, im bardziej choroba ogranicza lub uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie i własną aktywność pacjenta. Dodatkowo może się zdarzyć, że samo zachowanie lekarza lub pielęgniarki może być odebrane przez pacjenta jako poniżające i raniące godność własną (Golańska, Klimek, 1982; Kulczycki, 1976; Motyka, Golańska, 1983; Pajor, Kaczor, Motyka, 1988; Simonton i in., 1996).

Związana z chorobą deprywacja ważnych potrzeb chorego jest nie tylko źródłem napięcia wyrażającego się reakcjami o charakterze lękowym lub agresywnym, ale także może stanowić przyczynę reakcji depresyjnych. Szczególny rodzaj długotrwałej, a tym samym szczególnie dotkliwej deprywacji potrzeb pojawia się w przypadku niektórych chorób przewlekłych oraz trwałych defektów fizycznych, związanych z poważnymi wyrzeczeniami i koniecznością rezygnacji z wcześniejszych dążeń lub z chronicznym poczuciem niepełnosprawności (Kowalik, 2000; Pilecka, 1987).

Wysoko niepożądanym czynnikiem w warunkach szpitalnych jest deprywacja zmysła wywołana np. bezustannie i monotonnie działającymi mechanicznymi szumami lub powtarzającymi się regularnie dźwiękami płynącymi z podłączonej aparatury medycznej, ograniczenie kontaktu z drugim człowiekiem oraz ciemność. Poczucie bezpieczeństwa powstające w kontakcie z osobami sprawującymi opiekę, podobnie jak podawane pacjentowi wyjaśnienia na temat mogących pojawiać się doznań, znacznie obniżają prawdopodobieństwo pojawienia się nieprzyjemnych uczuć i stanów dezorientacji (Fiałkowski, 2001; Wilson-Barnet, 1979).

Tworzenie podczas leczenia takich warunków psychologicznych, które pomagają pacjentowi zaspokoić podstawowe potrzeby psychiczne aktywizowane przez chorobę, ma bardzo duże znaczenie terapeutyczne. Możliwe jest to jednak dopiero wtedy, gdy dobrze zdamy sobie sprawę, z jakimi potrzebami oraz z jakimi wynikającymi z nich problemami i trudnościami mamy do czynienia u konkretnego pacjenta.

1.2.3. Choroba jako sytuacja trudna

Analiza sytuacji psychologicznej pacjenta w kategoriach potrzeb dobrze koresponduje z rozumieniem jej w kategoriach sytuacji trudnej. Przez sytuację trudną zazwyczaj rozumie się sytuację, która stawia jednostce szczególnie duże wymagania i prowadzi do nadmiernego obciążenia psychicznych mechanizmów regulacji zachowania (por. Jarosz, 1978; Lewicki, 1969; Reykowski, 1966; 1969; Tomaszewski, 1963; 1975; 1984). T. Tomaszewski (1984, str. 134) definiuje sytuacje trudne w następujący sposób:

„Przez sytuacje trudne rozumiemy, najogólniej mówiąc, takie sytuacje, w których zachodzi rozbieżność między potrzebami lub zadaniami człowieka a możliwościami zaspokojenia tych potrzeb lub wykonania zadań”.

Warto pamiętać, że trudność, jak wskazuje A. Lewicki (1969), może przyjmować dwojaką postać. Może być raczej natury poznawczej (trudność wynikająca z braku lub nadmiaru informacji) lub natury emocjonalnej (trudność wynikająca z przykrych napięć emocjonalnych), przy czym, co oczywiste, oba rodzaje trudności mogą pojawiać się łącznie. Do głównych klas sytuacji trudnych możemy zaliczyć za cytowanym autorem (op. cit., str. 52–53) sytuacje: deprywacji, frustracji, sytuacje bolesne i drażniące, sytuacje zagrożenia i sytuacje konfliktowe.

W zbliżonej klasyfikacji T. Tomaszewski (1975) wyodrębnia ponadto sytuacje przeciążenia i sytuacje utrudnienia, przy czym ta ostatnia kategoria łączy w sobie frustrację i braki. Klasyfikacja ta nie uwzględnia natomiast sytuacji bolesnych i drażniących. Z kolei J. Reykowski (1966; 1969) wyodrębnia jedynie trzy obszerne, rozłączne kategorie sytuacji trudnych, tj. sytuacje deprywacji, zagrożenia i utrudnienia.

Sytuację człowieka chorego można uznać za złożoną sytuację trudną, gdyż na ogół stanowi konglomerat różnych, wymienionych tu form trudności. Na przykład dolegliwości bólowe poza aktualną dokuczliwością mogą budzić różne obawy na temat tego, co się za nimi kryje, ponadto mogą towarzyszyć pojawiającej się za ich przyczyną frustracji oraz utracie dotychczasowej sprawności lub innych cenionych wartości (choćby utrata dotychczasowej pozycji w pracy lub rodzinie).

Należy pamiętać, że poziom trudności wywołanych chorobą, uzależniony jest między innymi od warunków ogólnej sytuacji życiowej człowieka w momencie jej pojawienia się. M. Kulczycki (1971) wyróżnił trzy możliwości w znacznym stopniu determinujące sposób przeżywania choroby i stosunek do niej. Pierwsza możliwość to sytuacje, w których nic szczególnego w życiu pacjenta się nie działo, a życie biegło swoim zwykłym torem. Dopiero choroba wprowadziła do niego pewne zakłócenia. Druga możliwość, to sytuacje o szczególnie doniosłym znaczeniu, gdzie choroba przeszkodziła w realizacji szczególnie ważnych planów i zadań, bądź przekreśliła całkowicie możliwość ich osiągnięcia. Trzecia wymieniona przez M. Kulczyckiego możliwość, to trudne sytuacje życiowe, szczególnego spiętrzenia zadań, obowiązków i konfliktów, gdzie choroba i leczenie szpitalne może wydawać się swego rodzaju wybawieniem, bądź też stanowić wygodny sposób na przynajmniej czasowe, odsunięcie od siebie trudnych spraw. Każda z wymienionych perspektyw niesie z sobą inny stosunek pacjenta do swej choroby. O ile w dwóch pierwszych przypadkach na plan pierwszy wysuwają się trudności w zaspokojaniu potrzeb w nowej, trudnej sytuacji, tak w trzecim na plan pierwszy wysuwają się tzw. „wtórne zyski z choroby” (Aleksandrowicz, Ungeheuer, 1976). Rozpoznanie „wtórnych zysków z choroby” jest bardzo istotne dla oceny psychologicznej sytuacji chorego, gdyż ich pojawienie się zmienia w sposób zasadniczy naturę tej sytuacji.

Warto podkreślić, że nawet w przypadku osoby stosującej mechanizm ucieczki w chorobę można powiedzieć, że znajduje się ona w sytuacji trudnej, gdyż rozwiązanie to podyktowane wcześniejszą, trudną sytuacją, stwarza kolejny łańcuch problemów, nieraz zresztą jeszcze bardziej poważnych. Jest to cena, jaką osoba taka musi zapłacić za swą niedojrzałą próbę uniknięcia konfrontacji z budzącą lęk rzeczywistością lub za zakamuflowaną chęć zyskania dla siebie szczególnych gratyfikacji.

Niekiedy, w ogólnej charakterystyce znaczenia następstw choroby, jakie niesie ona dla konkretnego człowieka, proponuje się uwzględnianie tzw. „bilansu choroby” oznaczającego łączny wynik wszystkich, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych jej następstw (Heszen-Klemens, 1983).

Jak się wydaje, w praktyce medyczno-pielęgniarskiej występuje skłonność do niedostrzegania występującej u niektórych pacjentów tendencji do czerpania „wtórnych zysków”, natomiast jeśli już tendencja taka zostanie u pacjenta zauważona, to wzbudza ona bardzo wiele negatywnych uczuć u osób z personelu medycznego i skłonność do traktowania go jako „symulanta”. Duży wpływ na to mają procesy związane ze społeczną rolą chorego (patrz społeczny wymiar choroby). Pomijanie obronnej funkcji, jaką może pełnić choroba, prowadzi czasem do błędnej oceny sytuacji zdrowotnej pacjenta, a w tym natury zgłaszanych przez niego skarg oraz do głębokiej frustracji z powodu braku spodziewanych postępów w leczeniu.

Jak już wspominałem, wtórne zyski z choroby czy też pozytywny, emocjonalny jej bilans nie zmienia faktu, że taki chory również znajduje się w sytuacji trudnej, chociaż trudność ta jest innej natury niż on sam podaje, ukryta głębiej niż w przypadku tzw.

„normalnych pacjentów”. Przykładem stosunkowo prostym do rozszyfrowania są osoby pragnące poprzez „ucieczkę w chorobę” uniknąć np. odpowiedzialności karnej, natomiast znacznie trudniej jest rozszyfrować sytuację trudną o charakterze intrapsychicznym, związanym choćby z nazbyt wysokim poziomem wymagań wobec siebie lub z głęboko skrywanym poczuciem krzywdy.

Sytuacja chorego rozpatrywana w aspekcie indywidualnych problemów i konkretnych trudności, jakie stwarza, ułatwia zrozumienie jego indywidualnych reakcji emocjonalnych. Pozwala też głębiej wniknąć w przyczyny stresu, jaki często towarzyszy występowaniu choroby.

1.2.4. Stres i mechanizmy radzenia sobie

Sytuację trudną, a więc także sytuację choroby, można traktować jako złożony stresor bądź pewną klasę stresorów (por. Frączek, Kofta, 1975; Janis, 1958; Jarosz, 1978; Kagan, Levi, 1979; Kubacka-Jasiecka, 1999; Lewicki, 1969; Łosiak, 1999a; Terelak, 1995). W takim ujęciu choroba jawi się jako specyficzne źródło stresu, którego charakter uzależniony jest zarówno od rodzaju choroby, jak i od osobowości pacjenta oraz towarzyszących chorobie okoliczności. Tym samym zachowanie osoby chorej oraz jej poznawcze i emocjonalne funkcjonowanie może być traktowane jako sposób radzenia sobie ze stresem wywołanym chorobą.

Zgodnie z coraz popularniejszym w psychologii, interakcyjnym sposobem rozumienia stresu, przez stres rozumie się pewien rodzaj niekorzystnej dla jednostki relacji (rozbieżności) zachodzącej pomiędzy wymaganiami otoczenia a jej potencjalnymi możliwościami skutecznej odpowiedzi. R. Lazarus, który należy do czołowych teoretyków tego nurtu, definiuje stres jako

„...szczególny rodzaj relacji pomiędzy jednostką i otoczeniem, który jest oceniany przez nią jako obciążający lub przekraczający jej zasoby i zagrażający jej dobrostanowi” (Lazarus, Folkman, 1984, s. 19).

W podobny sposób rozumie obecnie stres bardzo wielu badaczy (por. Antonovsky, 1995; Heszten-Niejodek, 2000a; Hobfoll, 1989; Hobfoll, Freedy, Green, Solomon, 1996; Łosiak, 1994; 1995a; Terelak, 1995).

Sytuacja choroby w powyższym ujęciu może być więc rozumiana jako sytuacja, stawiająca przed chorym szereg wymagań, którym musi on sprostać, choć zwykle nie jest do tego dostatecznie przygotowany.

Zgodnie z koncepcją R. Lazarusa, stres jest złożonym procesem składającym się z kilku następujących po sobie sekwencji. Mechanizm stresu w jego ujęciu wygląda następująco: Relacja (transakcja) jednostka – otoczenie zostaje oceniona jako zagrażająca, szkodząca lub stanowiąca wyzwanie i staje się źródłem emocji. Lazarus wyróżnia dwa rodzaje oceny poznawczej, tj. ocenę pierwotną i wtórną. Ocena pierwotna polega na ocenie znaczenia, jakie ma dana transakcja dla własnego położenia (ocena szkody/wniosłości). Decyduje ona o intensywności i rodzaju reakcji emocjonalnej, poprzez zakwalifikowanie transakcji jako nieznaczającej, pozytywnej lub stresującej. W tym ostatnim przypadku pojawiają się trzy dalsze możliwe kategorie oceny, tj. szkoda albo strata, zagrożenie lub wyzwanie. Ocena sytuacji jako należącej do którejś z nich stanowi źródło charakterystycznych dla nich emocji, np. żal, smutek, złość w przypadku straty, strach, lęk, martwienie się w przypadku zagrożenia lub jeszcze bardziej złożone, za-

równie pozytywne, jak i negatywne emocje w przypadku wyzwania. Jeżeli w wyniku oceny pierwotnej dana relacja zostaje uznana za stresującą, pojawia się ocena wtórna, dotycząca własnych możliwości poradzenia sobie z sytuacją. W tym przypadku jednostka ocenia, czy i co może zrobić, aby zlikwidować lub zapobiec szkodzie lub zwiększyć swą szansę powodzenia w danej sytuacji. Ocena wtórna obejmuje więc zarówno spostrzegane źródła stresu, jak i posiadane zasoby.

Czynnikami, które wpływają na ocenę wtórną w danej sytuacji, są między innymi (Coyne, Lazarus, 1980):

- Wcześniejsze doświadczenia jednostki z podobnymi sytuacjami.
- Uogólnione przekonania na temat siebie i świata.
- Dostępność posiadanych zasobów psychologicznych.
- Ocena własnego zdrowia i posiadanej energii.
- Umiejętności rozwiązywania problemów.
- Wsparcie społeczne.
- Zasoby materialne.

Ocena pierwotna i wtórna są z sobą silnie sprzężone i w subiektywnym doświadczeniu jednostki nie da się ich wyraźnie rozdzielić. W następstwie dokonanych ocen pojawiają się procesy radzenia sobie, które mogą być ukierunkowane na rozwiązanie problemu albo na redukcję napięcia i ekspresję emocji. Są one definiowane jako zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki zmierzające do opanowania zewnętrznych i wewnętrznych wymagań ocenionych przez jednostkę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby (Lazarus, Folkman, 1984). Efekty uruchomionych procesów radzenia sobie podlegają ponownej ocenie, co stymuluje nowe procesy emocjonalne i cykl taki może się powtarzać wielokrotnie w zależności od tego, jak kształtują się transakcje jednostka – otoczenie (Folkman, Lazarus, 1988; Lazarus, 1983; 1986; Lazarus, Folkman, 1984).

Mechanizmy radzenia sobie mają do spełnienia dwie zasadnicze funkcje: regulację emocji i rozwiązanie problemu (Lazarus, Folkman, 1984). Stąd działania skierowane na emocje lub na problem często stosowane są łącznie lub naprzemiennie albo też równocześnie spełniają obie funkcje. Podejmowane dotąd próby kategoryzacji różnych form (strategii) radzenia sobie ze stresem nie przyniosły jednoznacznych rezultatów, chociaż wciąż istnieją nadzieje na opracowanie uniwersalnej ich klasyfikacji (Łosiak, 1994; 1995b). Pojawiające się rozbieżności w dużym stopniu wynikają z faktu, że radzenie sobie jest dynamicznie przebiegającym procesem składającym się z różnych faz rozwiązywania problemu, dostosowanych do charakteru warunków zewnętrznych, występujących w nich zmian oraz do zmieniających się możliwości zaradczych jednostki. Niemniej jednak próby opisu strategii radzenia sobie, dostarczając informacji na temat różnych możliwości przewycięzania stresu, mają wartość nie tylko teoretyczną.

W jednym z obszernych badań nad procesami radzenia sobie badacze z zespołu Lazarusa wyodrębnili osiem następujących form: konfrontację, dystansowanie się, kontrolowanie emocji, poszukiwanie wsparcia społecznego, akceptację odpowiedzialności, ucieczkę – unikanie, planowe rozwiązywanie problemu, pozytywne przeformułowanie (Folkman, Lazarus i in., 1986). Z kolei D. Kaloupek, H. White i M. Wong (cyt. za Łosiak, 1994) wyróżnili pięć form: martwienie się, tłumienie, aktywność zewnętrzną, racjonalne analizowanie oraz zaprzeczanie. W innych badaniach (op. cit.) E. Menaghan i E. Merves wyodrębniły cztery formy: bezpośrednie działanie w celu rozwiązania

problemu, optymistyczne porównywanie swojej sytuacji z gorszą sytuacją innych lub własną, przeżyta wcześniej, koncentrowanie się na pozytywnych aspektach sytuacji połączone z ignorowaniem jej niekorzystnych aspektów oraz zmiana oczekiwań dotyczących wyników (op. cit.). Badań takich, wyodrębniających różne strategie radzenia sobie, zależnie od badanej populacji i rodzaju sytuacji stresowej, można spotkać w literaturze stosunkowo wiele (por. Bishop, 2000; Heszen-Niejodek, 2000a; Łosiak, 1994; 1995b; Makowska, Poprawa, 1996). Wśród szczególnie interesujących koncepcji użytecznych dla rozumienia sytuacji osoby chorej wymienić należy koncepcję S. Taylor (1983; 1984).

Autorka ta opisuje trzy kategorie mechanizmów adaptacji poznawczej do sytuacji trudnej związanej z poważną chorobą (a zarazem kolejne fazy adaptacyjne), które można traktować jako formy (strategie) radzenia sobie. Są to: poszukiwanie znaczenia i pozytywnego sensu wydarzeń, w tym reinterpretacja oceny własnego życia z perspektywy aktualnych doświadczeń, wysiłki zmierzające do uzyskania kontroli nad sytuacją i poczucia osobistego wpływu, a wreszcie wzmacnianie samooceny i poczucia własnej wartości, zwłaszcza przez porównywanie się z osobami znajdującymi się w gorszej sytuacji. Te trzy formy poznawczych reinterpretacji pozwalają zdaniem autorki, zbudować elastyczny i dopasowany do sytuacji system przekonań, który pełni niezwykle ważną funkcję obronną i adaptacyjną. Jak wskazują krytycy (Heszen-Niejodek, 2000b; Kubacka-Jasiecka, 1995b), opisane w tej koncepcji mechanizmy nie mają jednak w pełni uniwersalnego charakteru i nie muszą pojawiać się w sposób fazowy, a co więcej nie zawsze muszą mieć walor adaptacyjny.

Efektywność poszczególnych strategii bez uwzględnienia kontekstu specyficznych sytuacji, w której strategię te są używane, może budzić wątpliwości, niemniej jednak można przyjąć, że jeśli jednostka dysponuje dużą liczbą różnorodnych strategii, to łatwiej jej zachowywać się w sposób elastyczny i dostosowany do potrzeb oraz wymagań sytuacji.

Obok mechanizmów radzenia sobie utożsamianych z doraźnie podejmowanymi strategiami, zależnymi od interakcji czynników podmiotowych i sytuacyjnych, wyróżnia się indywidualne style radzenia, odnoszone do względnie stałej i specyficznej dla danej jednostki tendencji do reagowania w sytuacjach trudnych, czyli indywidualnej dyspozycji aktualizującej się w procesie radzenia sobie. Tendencja ta wynika z posiadanego przez jednostkę zbioru strategii zaradczych, uruchamianych w procesie radzenia sobie (por. Heszen-Niejodek, 1997; 2000a; Łosiak, 1994; 1995b; Makowska, Poprawa, 1996; Wrześniewski, 1996).

Jako bardzo ważną właściwość stylu radzenia sobie, w wielu przypadkach decydującą o powodzeniu podejmowanych wysiłków, przyjmuje się elastyczność stylu radzenia sobie, wyrażającą się w łatwości dostosowywania go do aktualnych wymagań sytuacji (Heszen-Niejodek, 2000a). Tym samym można wyróżnić sztywny i elastyczny styl radzenia sobie. Z wielu badań i obserwacji klinicznych wynika, że lęk i negatywne emocje w przeciwieństwie do emocji pozytywnych, powodują wyraźne usztywnienie zachowań (Obuchowski, 1970; Kępiński, 1977; Seligman, 1993). Można zatem oczekiwać, że osoby lękowe będą się charakteryzowały większą sztywnością stylu radzenia sobie.

Dwa inne typy stylów radzenia sobie wyróżniają autorzy odwołujący się do psychologicznej dymensji represji – sensytyzacji (Byrne, 1964; Miller, 1980; 1990). Mamy tu do czynienia z takim stylem reagowania na sytuację stresową, w której człowiek

koncentruje swoją uwagę na zagrożeniu i aktywnie poszukuje informacji, które się z nim wiążą, lub z takim, w której unika on wszelkich informacji związanych z zagrożeniem, pomijając, wypierając i zaprzeczając takim informacjom lub chroniąc się przed nimi przez podejmowanie różnych form aktywności, które odwracają uwagę od nieprzyjemnych myśli i zdarzeń. Obok stosownej aktywności poznawczej każdy z wymienionych stylów może uruchamiać również odpowiednią aktywność behawioralną.

Z kolei N. Endler i J. Parker (1990) wyróżniają trzy style radzenia sobie, nawiązujące po części do dwóch podstawowych funkcji radzenia sobie akcentowanych przez Lazarusa i współpracowników. Są to: styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu.

Ocena skuteczności poszczególnych typów i form radzenia sobie, jak już sygnalizowano, nie jest łatwa. Wypowiadając się w tej kwestii, I. Heszen-Niejodek (2000a) w podsumowaniu swego studium na temat stresu psychologicznego i radzenia sobie dochodzi do wniosku zgodnego z poglądami R. Lazarusa, że ocena taka bez uwzględnienia kontekstu sytuacji i osoby, a także bez przyjęcia określonego kryterium oceny jest niemożliwa.

Pomimo to znajomość stylu radzenia sobie dominującego u danego pacjenta pomaga w konkretnej sytuacji w znalezieniu dla niego lepszego rozwiązania lub w zaproponowaniu strategii, która może okazać się bardziej skuteczna. Cytowana autorka przytacza np. eksperyment S. Miller i C. Magnana, w którym pacjentkom oczekującym na kolposkopię dostarczano informacji o czekającym je nieprzyjemnym zabiegu diagnostycznym. Połowie badanych dostarczono informacji zgodnie z prezentowanym przez nie stylem radzenia sobie (osoby poszukujące informacji otrzymywały ich więcej, a unikające mniej), a połowie dostarczono w sposób z tym stylem niezgodny. Zgodnie z przewidywaniem, pacjentki, którym udzielono informacji dostosowanych do ich indywidualnego stylu radzenia, przejawiały mniejsze pobudzenie emocjonalne w porównaniu z pozostałymi pacjentkami.

Jak wiemy, ludzie próbują radzić sobie z chorobą w bardzo różny sposób. Charakter tych prób uzależniony jest od wielu czynników, z których najważniejsze to rodzaj i charakter schorzenia, osobowość, w tym styl radzenia sobie, posiadane zasoby oraz doświadczenie w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami, a szczególnie doświadczenia związane z historią przebytych chorób i dotychczasowym przebiegiem kontaktów z systemem opieki zdrowotnej (por. Bishop, 2000; Dolińska-Zygmunt, 1996; Heszen-Niejodek, 2000b; Kubacka-Jasiecka, 1995a; 1995b; 1997; Łosiak, 1994; Łosiak, 1995b; Sheridan, Radmacher, 1998).

Wśród podstawowych, poznawczych reakcji na chorobę najczęściej wymienia się: zaprzeczanie, pomniejszanie, wyolbrzymianie lub akceptację choroby i diagnozy lekarskiej (Jarosz, 1978). Reakcje te bez trudu można zmieścić we wcześniej omawianych schematach radzenia sobie. Szczególnie wiele prac psychologicznych dotyczących reakcji na chorobę koncentruje się na reakcji zaprzeczania chorobie, która polega na tym, że chory nie przyjmuje do wiadomości faktu zachorowania pomimo posiadania odpowiednich informacji i kompetencji intelektualnych (por. Heszen-Klemens, 1983; Heszen-Niejodek, 2000b; Hollender, 1975; Ostrowski, 1995).

Reakcje zaprzeczania chorobie, podobnie jak pomniejszanie jej roli i znaczenia, pełnią ważną funkcję adaptacyjną. Przede wszystkim redukuja lęk, który jeśli jest zbyt silny, może utrudniać skuteczne działanie i powodować szereg niekorzystnych skut-

ków psychofizjologicznych. Trzeba jednak przyznać, że jeśli reakcje te okazują się sztywne lub zaczynają blokować dostęp do niezbędnych informacji o chorobie, z których pacjent powinien zrobić użytek, wówczas same stają się źródłem problemów, utrudniając podjęcie stosownych środków zaradczych (Heszen-Niejodek, 2000b; Kubacka-Jasiecka, 1995a; 1995b; Łosiak, 1999b). Podobnie może być w przypadku adekwatnej percepcji zagrożeń związanych z chorobą. Adekwatność percepcji jest ważną i pożądaną cechą procesów adaptacyjnych, lecz tam, gdzie z racjonalnego punktu widzenia sytuacja rysuje się beznadziejnie, włączenie się reakcji obronnych, zniekształcających percepcję chorego w kierunku przedstawienia sytuacji w korzystnym świetle, może okazać się bardziej pożądane. Ten właśnie element akcentuje, wspominana już wcześniej, koncepcja adaptacji poznawczej S. Taylor (1984; por. Sędek, 1991). Z kolei tzw. model jakości dopasowania, opierający się na założeniu, że efektywne radzenie sobie ze stresem opiera się na zgodności subiektywnej oceny rzeczywistości z obiektywnymi wymaganiami sytuacji i możliwościami radzenia sobie (Folkman, 1991), akcentuje adaptacyjną rolę adekwatności percepcji zdarzeń. Jak się wydaje, rozwiązaniem dylematu, co jest lepsze, kiedy i dla kogo, może być jedynie indywidualna diagnoza przypadku, oparta na dobrej znajomości pacjenta i jego sytuacji, uwzględniająca zaawansowanie choroby i jej rokowanie.

Wyołbrzymianie objawów choroby z reguły można uznać za zachowanie niekorzystne. Wynika ono z nadmiernej koncentracji uwagi na zagrożeniu, chociaż plusem takiej reakcji może być np. wcześniejsze zgłoszenie się do lekarza i wczesne podjęcie leczenia, co w przypadku poważnej choroby ma bardzo duże znaczenie. Jeżeli jednak wyołbrzymianie dotyczy objawów mało znaczących, wówczas mamy do czynienia z dodatkowym źródłem stresu utrudniającym leczenie, a często także z głębszą problematyką psychologiczną, kryjącą się pod manifestowanymi objawami.

Akceptacja choroby, której nie należy mylić z postawą rezygnacyjną, oznacza dobre przystosowanie pacjenta, który jest w stanie pokonać lęk i realistycznie skonfrontować się z sytuacją trudną, w jakiej się znalazł. Postawa ta, w swej pozytywnej wersji, ułatwia współpracę z lekarzem w procesie terapii oraz podejmowanie właściwych decyzji.

Wśród reakcji emocjonalnych występujących w chorobie, najczęściej wymienia się: strach, lęk, gniew i przygnębienie. Treść tych emocji przede wszystkim zależy od oceny sytuacji. Jeśli jej dominującym elementem dla chorego jest zagrożenie, będzie on reagował lękiem lub strachem. Jeśli elementem tym są faktyczne lub odczuwane przeszkody i ograniczenia, reakcją będzie złość lub gniew. Jeśli przyczyny choroby będą związane z własnym, błędnym postępowaniem, albo jej skutki z obciążeniem dla bliskich, wówczas reakcją może być wstyd lub poczucie winy. Jeśli dominującym elementem sytuacji będzie przekonanie o własnej bezradności lub o ogromie doznanej straty, reakcją będzie poczucie przygnębienia, smutku i żalu. Natomiast jeśli choroba zostanie spostrzeżona jako wyzwanie, wówczas mogą pojawić się nawet uczucia pozytywne (Heszen-Klemens, 1983; Heszen-Niejodek, 2000b).

Pojawiające się w chorobie emocje negatywne zwykle są odbierane zarówno przez pacjenta, jak i personel medyczny jako stan wysoce niepożądany, który należy zwalczać wszelkimi dostępnymi środkami. W wielu przypadkach podejście takie może okazać się słuszne, aczkolwiek należy pamiętać, by w chęci poprawy samopoczucia pacjenta nie pójść zbyt daleko, nadmiernie blokując wyrażanie przez niego negatywnych uczuć lub tłumiąc je przesadnie, w sztuczny sposób lekami. Ekspresja emocji

negatywnych pomaga w ich rozładowaniu, a przejawiane przez pacjenta emocje mogą być zjawiskiem naturalnym, odzwierciedlającym egzystencjalne doświadczenie realnej sytuacji i będącym swoistą formą emocjonalnej adaptacji do tego doświadczenia.

Na ten właśnie, adaptacyjny, aspekt emocji pojawiających się w terminalnym okresie poważnej choroby wskazuje koncepcja E. Kübler-Ross (1979). Uogólniając opisane przez nią etapy psychologicznych reakcji towarzyszących umieraniu, można je potraktować jako charakterystyczne formy emocjonalnych reakcji adaptacyjnych, pojawiających się w konfrontacji z trudnym doświadczeniem osobistym. Zgodnie z autorką, można więc mówić o emocjonalnej reakcji zaprzeczania i izolacji, a następnie reakcjach buntu, „targowania się”, depresji, a wreszcie akceptacji. Stan emocjonalnej dojrzałości pacjenta i poziom jego gotowości do konfrontacji z trudnym doświadczeniem sprawia, że dynamika wymienionych reakcji bywa czasem inna niż w klasycznym opisie autorki, co wcale nie oznacza, że jej koncepcja jest błędna. To samo, jak się wydaje, dotyczy także poznawczej koncepcji S. Taylor.

Uzupełnieniem koncepcji akcentujących rolę sytuacyjnie uwarunkowanej oceny w generowaniu emocji, są koncepcje podkreślające znaczenie dyspozycji osobowościowych. Chodzi tu zwłaszcza o takie dyspozycje, jak pozytywna i negatywna emocjonalność dotycząca charakterystycznego dla danej osoby stylu reagowania emocjami pozytywnymi lub negatywnymi (McCrae, Costa, 1986; Tellegen, 1991). Wykazano, że negatywna emocjonalność łączy się z oceną sytuacji w kategoriach zagrożeń i nie sprzyja elastyczności w radzeniu sobie ze stresem. Wiąże się również z brakiem satysfakcji życiowej i wyższym ryzykiem zdrowotnym (Makowska, Poprawa, 1996).

Obok wymienionych wcześniej form reakcji na chorobę często wymienia się także charakterystyczne style zmagania się z chorobą, takie jak: walka, rezygnacja oraz przeciwstawianie się i uleganie (Lipowski 1969; 1970; Jarosz, 1978).

Ludzie stosują liczne i bardzo różnorodne strategie radzenia sobie w chorobie. Zmieniają się one wraz z charakterem i czasem trwania choroby, przy czym różne strategie mogą pojawiać się naprzemiennie albo mogą występować jednocześnie. Na współwystępowanie kilku form radzenia sobie u tego samego pacjenta wskazują np. wyniki badań prowadzonych przez W. Łosiaka (por. 1992; 1994; 1995b, 1999a). Autor ten przy użyciu Kwestionariusza Radzenia Sobie WCQ Lazarusa i Folkman przebadął ponad stuosobową grupę pacjentów chirurgicznych i na podstawie analizy czynnikowej wyróżnił 8 zasadniczych form radzenia sobie, występujących w badanej populacji. Były to:

- Przemiana (zachowania polegające na zmianie stosunku do siebie i otoczenia, uznawanych wartości i dotychczasowych celów życiowych).
- Obwinianie siebie (zachowania polegające na wzięciu na siebie odpowiedzialności za własne kłopoty, w tym zachorowanie, czynieniu sobie wyrzutów, krytycznym stosunku do siebie).
- Koncentracja na problemie (zachowania związane z analizą i przemyśleniem sytuacji oraz poszukiwaniem racjonalnych sposobów pokonania trudności i rozwiązania problemu).
- Ucieczka – fantazjowanie (zachowania polegające na unikaniu problemu, niedopuszczanie do siebie negatywnych myśli przez oderwanie się od rzeczywistości, ucieczkę w marzenia).

- Wzorowanie się na innych (zachowania polegające na racjonalnym podejściu do problemu z wykorzystaniem sposobów stosowanych przez innych oraz uwzględniających punkt widzenia innych osób).

- Rezygnacja (zachowania związane z akceptacją własnej sytuacji, pogodzeniem się z losem, poddaniem się, powstrzymaniem się od aktywnych prób rozwiązania problemu).

- Odreagowanie (zachowania mające na celu rozładowanie negatywnych emocji).

- Kontrolowanie emocji (zachowanie ukierunkowane na opanowanie i tłumienie negatywnych emocji, niedopuszczanie do siebie negatywnych myśli, eliminowanie emocji w działaniu, ograniczenie ekspresji emocjonalnej).

Wyniki dalszej analizy, dotyczącej występowania wymienionych form radzenia sobie, pozwoliły autorowi na wyodrębnienie trzech zasadniczych wzorów zmagania się ze stresem choroby. Pierwszy, określony jako „obronny – bierny”, cechował się stosunkowo niską intensywnością stosowanych form radzenia sobie, z przewagą strategii ucieczki – fantazjowania oraz strategii rezygnacji. Pacjenci z tej grupy próbowali radzić sobie ze stresem choroby z jednej strony przez oderwanie się od trudnej rzeczywistości, a z drugiej przez jej akceptację i nastawienie na „przeczekaanie”. Drugi wzór zachowań, określony jako „obronny – aktywny”, cechował się stosunkowo dużą intensywnością stosowania różnych form radzenia sobie, wśród których znajdowały się zarówno strategie obronne, takie jak ucieczka – fantazjowanie, obwinianie siebie, rezygnacja czy odreagowanie, jak i strategie o charakterze racjonalnym, takie jak koncentracja na problemie czy kontrolowanie emocji. Trzeci wzór reagowania, wyróżniony przez omawianego autora, został określony jako „racjonalny” i cechował się ogólnie dużą aktywnością stosowanych strategii, przy dominacji strategii racjonalnych, takich jak koncentracja na problemie, przemiana, wzorowanie się na innych oraz kontrolowanie emocji. Ogólny wniosek z cytowanych badań prowadzi do stwierdzenia, że w stresie wywołanym chorobą współwystępować mogą różne formy radzenia sobie i to w różnych konfiguracjach.

Poznanie tego, z jaką konfiguracją form obrony/radzenia sobie mamy do czynienia w konkretnym przypadku, może mieć kluczowe znaczenie dla dostosowania podejmowanych prób pomocy pacjentowi do jego indywidualnych potrzeb i możliwości.

Podsumowując przedstawione powyżej rozważania, dotyczące interakcyjnej koncepcji stresu, należy stwierdzić, że wykorzystanie jej do analizy sytuacji chorego uwypukla dynamiczny charakter tej sytuacji, związany z aspektem czasu i aktywnością zaradcą pacjenta. Indywidualne cechy chorego, takie jak np. cele i wartości, przekonania dotyczące własnej osoby i otoczenia, w tym przekonania dotyczące posiadanych zasobów oraz indywidualne strategie radzenia sobie, zmieniają się w czasie trwania choroby wraz z napływem nowych informacji, wywierając modyfikujący wpływ na sposób widzenia i przeżywania sytuacji. Zwrócenie na to uwagi, podobnie jak na stosowane przez pacjenta strategie radzenia sobie, może okazać się bardzo przydatne zarówno do oceny jego możliwości adaptacyjnych, jak również do znalezienia takiej formy pomocy, która w konkretnym przypadku okaże się najbardziej skuteczna.

Co więcej, wydaje się, że mechanizmy radzenia sobie, a zwłaszcza strategie i style radzenia sobie wraz z posiadanymi przez jednostkę zasobami, można traktować jako istotne poszerzenie problematyki tzw. czynników terapeutycznych, opisywanych w literaturze poświęconej psychoterapii. Włączenie wymienionych zagadnień w krąg

rozważań dotyczących czynników terapeutycznych może znacznie wzbogacić dotychczasową perspektywę spojrzenia na te czynniki.

Chociaż reakcje i zachowanie pacjenta w dużym stopniu uzależnione są od repertuaru posiadanych przez pacjenta strategii radzenia sobie, to jednak dla pełnego obrazu nie sposób nie wspomnieć o znaczeniu aktywności tzw. mechanizmów obronnych. Jeśli chodzi o te ostatnie, to najczęściej w omawianym kontekście wymieniane są: wyparcie, reakcja uporowana i racjonalizacja (por. Jarosz, 1978). W istocie rzeczy możemy mieć tu do czynienia z całym wachlarzem mechanizmów obronnych.

W tym miejscu wypada odnieść się do istotnej kwestii podziału na tzw. mechanizmy adaptacyjne i mechanizmy obronne. Mechanizmy adaptacyjne, które często bywają utożsamiane z mechanizmami radzenia sobie (*coping*), należą, zdaniem N. Haan (cyt. za Grzeżołowska-Klarkowska, 1986), do tzw. nieobronnych funkcji ego i charakteryzują się celowością, elastycznością oraz swobodą wyboru. Dotyczą sposobów zachowania się w trudnych sytuacjach. Natomiast mechanizmy obronne są z natury nieświadome i nie są bezpośrednio obserwowalne. Przyjmuje się, że zachowania zdeterminowane aktywnością mechanizmów obronnych mają charakter przymusowy i sztywny. Mechanizmy te zniekształcają rzeczywistość, zezwalają na zastępczą ekspresję impulsów, a ich celem jest redukcja lęku bez konfrontacji z problemem będącym jego przyczyną (op. cit., por. też Kokoszka, 1993b; Klimasiński 2000).

Pojęcie mechanizmów radzenia sobie, w porównaniu z pojęciem mechanizmów obronnych, przenosi uwagę z działających w sposób nieświadomy i niejako automatyczny procesów intrapsychicznej obrony przed zagrożeniem płynącym z wewnątrz (konflikty wewnętrzne, wobec których zewnętrzne zagrożenie ma charakter symboliczny), na przynajmniej częściowo świadome wysiłki człowieka podejmowane w celu przezwyciężenia realnej sytuacji trudnej.

Wprawdzie pojęcia mechanizmów obronnych i mechanizmów radzenia powinny być wyraźnie rozróżniane, choćby ze względu na odmienne podstawy teoretyczne, a także nieco inny charakter (Klimasiński, 2000; Łosiak, 1994), to jednak zaliczenie mechanizmów obronnych do szczególnej formy mechanizmów radzenia sobie, z praktycznego punktu widzenia może okazać się korzystne (Heszen-Niejodek, 2000a; por. też Makowska, Poprawa, 1996). Włączenie mechanizmów obronnych w krąg rozważań związanych ze stresem choroby wydaje się korzystne między innymi dlatego, że buduje pełniejszy obraz towarzyszących jej procesów psychologicznych o istotnym znaczeniu. Choroba (a dotyczy to również i innych zagrożeń) nie wyłącza bowiem psychodynamicznych uwarunkowań, którym jednostka podlega, choć nie jest tego świadoma. Jeśli chcemy zachowanie chorego dobrze rozumieć i skutecznie nań oddziaływać, nie możemy zatem abstrahować od nieświadomych mechanizmów, leżących u podłoża wielu, z pozoru niezrozumiałych zachowań. W obliczu choroby człowiek reaguje nie tylko na obiektywne zagrożenie, ale także na jej indywidualne, symboliczne znaczenie, uwarunkowane między innymi, wpływem nieświadomych konfliktów wewnątrzpsychicznych i aktywnością mechanizmów obronnych. Szczególnie wyraźnie widać to w przypadku chorób psychosomatycznych (Deutsch, 1953; Lewis, Lewis, 1972; Luban-Plozza, 1995), lecz i w chorobach somatycznych aktywność ta może odgrywać ważną rolę.

1.2.5. Rola zasobów osobistych

Z licznych doniesień wynika, że istnieje niewątpliwa zależność pomiędzy stresem psychologicznym i stanem zdrowia jednostki (Cotton, 1990; Kobasa i in., 1981; Lazarus, 1983; Miller, 1980; Thoits, 1983). Ogólnie przyjmuje się, że stres zwiększa ryzyko zachorowań na różne choroby somatyczne i komplikuje ich przebieg. Jego wpływ uzależniony jest jednak od dodatkowych czynników o charakterze indywidualnym, takich jak doświadczenie pacjenta związane z chorobą, jego osobowość (w tym posiadane cechy, przekonania i postawy, sposoby oraz style radzenia sobie i mechanizmy obronne), a także otrzymywane wsparcie społeczne. Czynniki te bywają określane jako tzw. moderatory stresu albo zasoby odporności na stres (por. Antonovsky, 1995; Bishop, 2000; Caplan, 1984; Kobasa, 1979; Kofta, 1979; Poprawa, 1996; Rodin, Salovey, 1997; Schwarzer, 1997; Serafino, 1990; Sęk, 1986; 1991b; Sheridan, Radmacher, 1998).

Wydaje się, że to ostatnie pojęcie, tj. zasoby odporności na stres, szczególnie dobrze oddaje ideę czynników pośredniczących w radzeniu sobie ze stresującymi zdarzeniami i w walce o zdrowie. Wspomagają one człowieka w jego wysiłkach radzenia sobie ze stresującymi wydarzeniami, pozostając niejako w jego „wypożyczeniu” albo pod jego kontrolą. Wśród podstawowych kategorii zasobów ważnych dla człowieka, wymieniane są posiadane zasoby materialne, fizyczne, intrapersonalne, informacyjne, edukacyjne oraz kulturowe (Sheridan, Radmacher, 1998).

Według innego podziału (Poprawa, 1997), wyróżnia się zewnętrzne zasoby człowieka, takie jak dostępność dóbr o charakterze użytecznym, kultura, środowisko fizyczne, biologiczne i społeczne oraz zasoby wewnętrzne, nazywane inaczej zasobami osobistymi. D. Kubacka-Jasiecka (1995, str. 30) definiuje te ostatnie jako:

„...właściwości jednostki związane z nią samą lub jej relacjami środowiskowymi, decydujące o formie i przebiegu procesów czy działań zaradczych”.

R. Moos i A. Schaefer (cyt. za Poprawa, 1996, str. 104) określają je jako:

„Złożony układ osobowościowych, nastawieniowych i poznawczych czynników, stanowiących część psychologicznego kontekstu radzenia sobie”.

H. Sęk (1997, str. 45) utożsamia zasoby osobiste z podmiotowymi cechami odporności na uszkodzenie, warunkującymi prozdrowotną transakcję człowieka ze środowiskiem i obciążeniami życiowymi. Zalicza do nich osobiste kompetencje życiowe i umiejętności przeciwdziałania zagrożeniom.

W obszernym przeglądzie czynników zaliczanych w literaturze do osobistych, psychologicznych zasobów jednostki, R. Poprawa (1996) wymienia takie czynniki, jak: poczucie kontroli nad stresującymi zdarzeniami, posiadanie pasjonujących zainteresowań i zaangażowanie w działanie na rzecz osiągania założonych celów, reagowanie na zmianę życiową jako na pasjonujące wyzwanie, zdolność do odnajdowania sensu w kryzysowej sytuacji, optymizm i humor, zdolność do swobodnej ekspresji uczuć, samoakceptację, zgeneralizowaną ufność (dająca oparcie wiara i zaufanie do siebie, innych lub mocy nadprzyrodzonych), umiejętność asertywnego zachowania się, poczucie własnej skuteczności, dojrzałość emocjonalna oraz poczucie koherencji.

Należy zauważyć, że ostatni z wymienionych tu czynników, tj. poczucie koherencji, zgodnie z koncepcją A. Antonovskiego (1995; 1997) składa się z trzech ważnych ele-

mentów (zasobów), to jest z: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności oraz poczucia sensowności.

Poczucie zrozumiałości, w ujęciu A. Antonovskiego, odnosi się do stopnia, w jakim człowiek spostrzega docierające doń informacje jako uporządkowane, spójne i sensowne, a więc jasne i zrozumiałe.

Poczucie zaradności odnosi się do stopnia, w jakim człowiek spostrzega dostępne mu zasoby za wystarczające do tego, by sprostać napotkanym wymaganiom.

Poczucie sensowności odnosi się do stopnia, w jakim człowiek czuje, że życie ma dla niego sens i znaczenie, a więc do poczucia, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie z sobą życie, warta jest jego wysiłku, poświęcenia i zaangażowania.

Koncepcja poczucia koherencji A. Antonovskiego zasługuje na szczególną uwagę z kilku powodów. Po pierwsze, zidentyfikowany i opisany w niej szczegółowo trójczynnikiowy system osobistych i względnie stałych postaw jednostki porządkuje i pogłębia wiedzę o istotnych mechanizmach warunkujących odporność na stres. Po drugie, zostały one w niej utożsamione z mechanizmami przywracania zdrowia, otwierając interesującą perspektywę badawczą, ściśle powiązaną z teorią salutogenetyczną. Teoria ta porzuca dychotomiczny podział na zdrowie i chorobę, zastępując pytanie o patogenezę stymulującym pytaniem o uogólnione czynniki zaangażowane w proces pozytywnego przemieszczania się jednostki wzdłuż kontinuum zdrowie – choroba.

Podejście prezentowane przez A. Antonovskiego jest bardzo bliskie poglądom autora, niemniej jednak koncepcja poczucia koherencji aczkolwiek obszerna, zdaje się nie odzwierciedlać w pełni tych wszystkich zasobów osobistych, które należy mieć na uwadze, rozważając psychologiczne procesy biorące udział w podtrzymywaniu i przywracaniu zdrowia. Widać to choćby w konfrontacji z cytowanym wcześniej za R. Poprawą (1996) zestawieniem zasobów osobistych wymienianych w literaturze.

W przeglądzie zasobów indywidualnych omawianych przez G. Bishopa (2000, str. 219–230) pod hasłami „moderatory stresu” oraz „osobowość”, wymienione zostały takie czynniki, jak poczucie kontroli osobistej (w tym kontrola poznawcza i kontrola behawioralna), wewnętrzne umiejscowienie kontroli, poczucie własnej skuteczności, optymizm, humor, przyjazne nastawienie do świata (jako przeciwieństwo wrogości), a wreszcie pozytywna samoocena i związane z nią wysokie poczucie własnej wartości (samoakceptacja).

Z kolei Ch. Sheridan i S. Radmacher (1998) wymieniają takie zasoby osobiste, jak pozytywna samoocena, utożsamiana przez nich w znacznej mierze z akceptacją siebie i własnego życia (zintegrowane poczucie własnego ja) oraz wiedza.

Wśród zasobów osobistych, uwzględnionych przez S. Hobfollę (1989; por. Heszen-Niejodek, 2000a), odnaleźć można takie wewnętrzne czynniki, jak poczucie panowania nad sytuacją (*sense of mastery*), poczucie własnej skuteczności, umiejętności interpersonalne, pozytywna samoocena, poczucie kontroli, poczucie humoru i optymizm.

We wspominanej już wcześniej koncepcji adaptacji poznawczej S. Taylor (1983), choć autorka ta używa innej terminologii, bez trudu można odkryć trzy kategorie zasobów. Są to: poczucie kontroli i mocy, poczucie sensu i znaczenia oraz poczucie wartości własnego ja.

Podobnie S. Kobasa, w swej koncepcji osobowości odpornej na stres podkreśla rolę trzech cech osobowości, które, jak się wydaje, można traktować jako trzy rodzaje zasobów osobistych. Należą do nich: emocjonalne zaangażowanie wyrażające się wiarą

we własne siły, znaczenie i sens swoich działań, poczucie kontroli nad zdarzeniami wyrażające się przekonaniem o możliwości wywierania skutecznego wpływu na bieg wydarzeń oraz nastawienie na przeżywanie sytuacji jako wyzwania, wyrażające się traktowaniem zmian i stresujących zdarzeń życiowych jako okazji do rozwoju osobistego, a nie jako zagrożenia (Kobasa, 1979; 1982; Kobasa, Maddi, Courington, 1981).

Wśród wymienionych dotąd zasobów osobistych, mających duże znaczenie dla procesów zmagania się ze stresem w ogóle, a ze stresem choroby w szczególności, można wyodrębnić te, które szczególnie często powtarzają się w literaturze. Na liście tej znajdują się wtedy takie zasoby osobiste, jak:

- **Poczucie osobistej kontroli** nad sytuacją (kontrola behawioralna – poczucie osobistego wpływu i panowania nad sytuacją, kontrola poznawcza – poczucie zrozumienia, wewnętrzne umiejscowienie źródła kontroli i wzięcie osobistej odpowiedzialności za podejmowane działania) (Antonovsky, 1995; Hobfoll, 1989; Kobasa, 1982; Rotter, 1975; Taylor, 1983).

- **Poczucie własnej skuteczności** (uogólniona, pozytywna ocena własnych umiejętności radzenia sobie w określonych sytuacjach, poczucie zaradności) (Antonovsky, 1995; Bandura, 1982; Hobfoll, 1989; Kobasa, 1982).

- **Poczucie sensu** (nadawanie sensu doświadczeniom, spostrzeganie krytycznych sytuacji jako sensownych w kontekście własnego życia i doświadczeń, poczucie sensowności, zaangażowanie się w realizację ważnych wartości, działanie z przekonaniem o znaczeniu i sensie tego, co się robi) (Antonovsky, 1995; Kobasa, 1982; Taylor, 1983).

- **Pozytywna samoocena i poczucie własnej wartości** (akceptacja siebie i własnego życia, pozytywna samoocena, poczucie wartości własnego ja) (Bishop, 2000; Hobfoll, 1989; Taylor, 1983; Sheridan i Radmacher, 1998).

- **Możliwość emocjonalnej ekspresji** (emocjonalne oczyszczenie, rozładowanie emocji, uzyskanie zrozumienia i potwierdzenia, że przeżywane uczucia są naturalne i właściwe, ułatwienie przewartościowania stresujących zdarzeń) (Poprawa, 1996; Silver, Wortman, 1984).

- **Poczucie humoru** (uzyskanie szczególnej perspektywy, pewnego dystansu psychologicznego wobec negatywnych doświadczeń życiowych, pomniejszanie ich znaczenia, swoisty rodzaj akceptacji trudności i wybaczenia, wyjście poza aktualne położenie życiowe, ułatwianie kontaktów społecznych i uzyskania wsparcia, swoisty sposób odreagowania) (Bishop, 2000; Hobfoll, 1989; Poprawa, 1996).

- **Optymizm** (pozytywne oczekiwania dotyczące skutków własnego działania oraz przyszłości) (Bishop, 2000; Hobfoll, 1989; Poprawa, 1996).

- **Asertywność** (adekwatne i pełne wyrażanie siebie przy poszanowaniu innych ludzi, umiejętności i przekonania związane z obroną własnych praw jako osoby, poczuciem własnej wartości oraz poczuciem własnej skuteczności) (Poprawa, 1996).

Studiując powyższą listę, można zauważyć, że poszczególne rodzaje wewnętrznych, psychologicznych zasobów wydają się dość mocno z sobą powiązane, przy czym poczucie osobistej kontroli i poczucie własnej skuteczności to dwa aspekty tego samego czynnika. Wraz z poczuciem sensu, poczuciem własnej wartości i optymizmem, zdają się łączyć bardziej z określonym systemem przekonań osobistych (style poznawcze), podczas gdy czynniki takie, jak ekspresja emocjonalna lub poczucie humoru, łączą się bardziej ze sposobem emocjonalnego reagowania (style emocjonalne). Asertywność dotyczy zwłaszcza aspektu behawioralnego (styl wchodzenia w interakcje

społeczne), choć łączy się także z oboma pozostałymi aspektami psychologicznego funkcjonowania jednostki, tj. zarówno z jej systemem przekonań (prawa jednostki), jak i pewną szczególną postawą emocjonalną (akceptacja siebie i innych).

Na całościowy charakter indywidualnej struktury zasobów psychologicznych człowieka zwracają uwagę między innymi A. Antonovski (1995; 1997) i R. Poprawa (1996; 1997). Podkreślają oni integrującą rolę charakterystycznej dla danej jednostki, spójnej struktury przekonań osobistych. A. Antonovski określa ją poczuciem koherencji, a R. Poprawa mianem pozytywnej koncepcji własnego życia lub pozytywnej filozofii życiowej. Pozytywna koncepcja życia, zdaniem tego autora, zawiera optymistyczną wizję przyszłości i przekonanie o możliwości wywierania wpływu na stresującą rzeczywistość. Dodaje ona nadziei w trudnych chwilach oraz pozwala traktować z humorem i odpowiednim dystansem trudne sytuacje, odbierając je jako swoiste wyzwanie. W sposób niezwykle skuteczny pomaga człowiekowi ukierunkować własną życiową aktywność na pokonywanie pojawiających się przed nim problemów.

Kończąc to krótkie omówienie problematyki zasobów osobistych oraz ich roli w walce z chorobą, warto podkreślić, że rozpatrując psychologiczną sytuację człowieka chorego, obok identyfikacji czynników patogennych (podejście patogenetyczne – dominujące wciąż w medycynie), należy zwracać również uwagę na mocne strony pacjenta i jego indywidualnej sytuacji. Co więcej, te mocne strony (zasoby indywidualne), należy rozumieć nie tylko jako bufor dla aktualnych i potencjalnych stresorów (moderatory stresu), ale jako czynniki o wyraźnym autoterapeutycznym charakterze.

1.3. Społeczny wymiar choroby

Choroba wpływa na społeczne funkcjonowanie chorego, a sposób społecznego funkcjonowania nie jest obojętny dla powstania i przebiegu choroby. Z reguły chorobę charakteryzuje zwiększona zależność od innych ludzi oraz zmiana dotychczasowej liczby i formy kontaktów społecznych. Czasem zmiana ta dokonuje się bardzo powoli wraz z powolnym narastaniem objawów (które przez długi okres mogą być ignorowane lub wypierane), a czasem pojawia się nagle jako dramatyczny zwrot w życiu dotkniętego chorobą człowieka.

1.3.1. Rola chorego

Pamiętając o procesach społecznego tworzenia rzeczywistości (Berger, Luckman, 1983), a w nich o roli języka (Sapir, 1978; Whorf, 1981) oraz o tzw. „scenie społecznej” (Goffman, 1981), należy zwrócić uwagę, że w wymiarze społecznym człowiek staje się chory dopiero wówczas, kiedy lekarz nazwie jego stan chorobą, a mówiąc ściślej, gdy jego stan zostanie społecznie zdefiniowany jako choroba. Ta społeczna definicja sytuacji w dużym stopniu określa stosunek pacjenta do działań personelu medycznego oraz stosunek tego personelu do pacjenta. Dobrze ilustruje to przykład definiowania sytuacji przez pacjentkę i lekarza podczas badania ginekologicznego, podany przez J. Emerson (cyt. za Uramowska-Żyto, 1980, str. 84–85). Definicja, którą w tej sytuacji należy utrwalić i podtrzymać brzmi: „Jest to sytuacja medyczna”. Jeśli

jest to sytuacja medyczna, a nie np. spotkanie towarzyskie, to nie ma podstaw do wstydu i reagowania w kategoriach seksualnych. Lekarz komunikuje bezsłownie pacjentce, iż prywatne i seksualne skojarzenia przestają istnieć, kiedy wchodzi ona do jego gabinetu. Jak podaje cytowana autorka (op. cit., str. 85)

„Pacjent zdefiniowany jako obiekt techniczny, może być poddany badaniom, które w tych warunkach nie są zjawiskiem szokującym i nie uchodzą za naruszające sferę intymności (...). Pacjent potrzebuje więc definicji medycznej po to, by zminimalizować zagrożenie swojej godności; lekarz natomiast potrzebuje jej po to, by namówić pacjenta do poddania się takiemu badaniu. (...) Zdefiniowanie pacjenta jako obiektu technicznego jest konieczne w tym celu, aby działalność medyczna mogła zaistnieć i aby nie stanowiła obrazu. Ta zaś może być (w innych momentach wymagających osobistego kontaktu z chorym – przyp. M.M.) wykluczona jedynie w sytuacji, kiedy pacjenta potraktuje się jako osobę, czego klasyczne badanie kliniczne nie bierze pod uwagę w wystarczający sposób. Są sytuacje, w których trzeba to uczynić. (...) Pojawiają się więc kontrdefinicje, czyli definicje sprzeczne z definicją medyczną. Rzeczywistość badania ginekologicznego nie oznacza podtrzymywania definicji medycznej. Chodzi o utrzymanie właściwej równowagi między definicją medyczną i kontrdefinicjami. Zagrożeniem dla rzeczywistości badania ginekologicznego będzie zarówno zbyt wielki nacisk położony na samą definicję medyczną, jak i uporczywe trzymanie się kontrdefinicji (...). Dlatego rzeczywistość badania ginekologicznego nigdy nie może być zrutyinizowana i zawsze pozostaje niepewna. (...) W procesie tworzenia rzeczywistości zasadniczym problemem jest właściwa ocena, która spośród definicji i kontrdefinicji posiada w danej sytuacji najbardziej istotne znaczenie”.

Trzeba podkreślić, że podany tu przykład odnosi się również do wielu innych badań i zabiegów medycznych. Zwraca on uwagę na to, jak wielką rolę w procesie konstruowania rzeczywistości odgrywa jej społeczna interpretacja oraz wskazuje, jak ważna jest dla pracownika opieki zdrowotnej odpowiednia wrażliwość i elastyczność, pozwalająca na swobodne poruszanie się wzdłuż kontinuum uprzedmiotowienie – podmiotowość.

Spółeczny wymiar choroby to zmiany, ograniczenia i przywileje, jakie choroba wprowadza w treść życia osoby nią dotkniętej, wraz z jej społecznym potwierdzeniem, stygmatyzacją oraz podjęciem roli chorego i uzyskaniem wsparciem.

Przyjęcie roli chorego pociąga za sobą szereg bardzo istotnych konsekwencji, tak dla jednostki, jak i jej rodziny oraz społeczności, w której przebywa. Według T. Parsonsa (1969; 1972), w koncepcji roli społecznej chorego mieszczą się następujące elementy:

1. Jednostka nie jest odpowiedzialna za swój stan, a więc nie musi się go wstydzić.
2. Spowodowana chorobą niesprawność jednostki jest podstawą wyłączenia jej z dotychczas pełnionych ról społecznych.
3. Rola chorego jest usprawiedliwiona, jeśli chory uznaje swój stan za niepożądany, pragnie wyzdrowieć i podejmuje leczenie.
4. Oczekuje się, że chory zwróci się z prośbą o pomoc do kompetentnych fachowców.

Spółecznie akceptowane usprawiedliwienie stanu mieszczącego się w roli chorego, może przyjmować formę:

1. Usprawiedliwienia warunkowego polegającego na czasowym zwolnieniu z pełnienia ról społecznych (charakterystycznego dla chorób ostrych).
2. Usprawiedliwienia bezwarunkowego (charakterystycznego dla ciężkich chorób przewlekłych i stanów nieuleczalnych).

W przypadku braku usprawiedliwienia choroba traktowana jest jako „nielegalna”, jak ma to często miejsce np. w przypadku hysterii lub hipochondrii.

Rola chorego może być dla danej osoby, w określonym momencie jej historii, albo wybawieniem (dogodna możliwość uniknięcia odpowiedzialności bądź ucieczki z trudnej sytuacji i wyjścia z twarzą), albo poważnym obciążeniem lub kryzysem (jeśli wyłączenie z dotychczas pełnionych ról oznacza zagrożenie lub utratę ważnych wartości – np. konieczność rezygnacji z dającego wysoki prestiż i dochody stanowiska, przynoszącej dużo satysfakcji i dobrze płatnej pracy, pełnionej dotąd z powodzeniem ważnej roli w rodzinie itp.). W zależności od tego, jak w konkretnym przypadku wyglądają relacje chorego z otoczeniem, różny będzie jego stosunek do swej roli jako chorego, a tym samym również inny stosunek do leczenia oraz odmienne przeżywanie choroby. Widać tu wyraźnie, jak bardzo oba wymiary, społeczny i psychologiczny, są ściśle splecione z sobą (por. Aleksandrowicz, 1988).

Szczególne sytuacja pojawia się w przypadku większości zaburzeń psychicznych, których istota na ogół znacznie odbiega od patogenetycznej chorób somatycznych. Tu rola chorego stawać się może nawet jednym z ważnych czynników patologizujących, a następnie wzmacniających powstałą patologię. Dzieje się tak na skutek wykształcenia się zastępczych i niedostosowanych do wymogów rzeczywistości, wadliwych sposobów uzyskiwania zastępczych gratyfikacji i patologicznych wzorów funkcjonowania w interakcjach społecznych (Aleksandrowicz, 1976).

1.3.2. Wsparcie społeczne

Obok roli chorego, bardzo ważnym elementem jego społecznej sytuacji jest tzw. piętno, którym niekiedy zostaje on naznaczony. Może to być np. piętno kalectwa lub choroby negatywnie ocenianej społecznie, takiej jak np. AIDS, która pozbawia chorą osobę wielu przywilejów społecznych. Niektóre schorzenia, takie jak np. zawał, mogą z kolei być piętnowane pozytywnie. Chory po przebytym zawał, spotyka się na ogół z objawami szacunku ze strony najbliższych i otoczenia.

Zagadnienie piętna i związany z nim stosunek otoczenia do chorego wprowadza temat wsparcia społecznego. Jest to kolejny, ważny element sytuacji społecznej chorego, który zyskał w ostatnich latach bardzo na zainteresowaniu (Jaworowska-Oblój, Skuza, 1986; Kawczyńska-Butrym, 1994; Lenartowicz, 1991; Pommersbach, 1988; Sęk, 1986; 1991b; 1997; Skommer, 1997).

Jest on ważny, albowiem rzeczywiste wsparcie, jakie chory otrzymuje od swego bliższego i dalszego środowiska, może być decydującym czynnikiem w przyjęciu właściwej postawy wobec choroby i w adaptacji do niej. Jest on jednocześnie bardzo złożony. Odczuwana utrata wsparcia społecznego na skutek wywołanego chorobą wycofania się z ważnych relacji społecznych i kontaktów, może wzbudzić u pacjenta cały zespół negatywnych reakcji emocjonalnych przeżywanych w sytuacji straty. Z kolei wzmożone wsparcie dostarczane pacjentowi ze strony osób bliskich i opiekunów może wspomagać go w walce z chorobą, ale też może przyczyniać się do jego inwalidyzacji.

Wsparcie społeczne jest pojęciem szerokim, odnoszącym się zarówno do wsparcia, jakie znajduje on w swej rodzinie i w kręgu najbliższych przyjaciół, opiekunów oraz znajomych, jak i do wsparcia płynącego z uczestnictwa lub przynależności do szerszych kręgów środowiska społecznego.

Zgodnie z poglądem S. Cobba (cyt. za Pommersbach, 1988) wsparcie społeczne można traktować jako informację, która budzi w jednostce przekonanie, że podlega opiece, jest szanowana oraz że jest członkiem sieci komunikacji i wzajemnych zobowiązań.

Z kolei według G. Caplana (1984), wsparcie społeczne to stopień, w jakim podstawowe potrzeby społeczne jednostki są zaspokajane przez osoby znaczące. Potrzeby te mogą być zaspokajane przez pomoc o charakterze emocjonalnym lub instrumentalnym. Do tego pierwszego typu pomocy zalicza się uczucia sympatii, zrozumienia i akceptacji, a do drugiego porady, informacje, pomoc w kłopotach czy choćby pożyczkę pieniędzy.

Najczęściej wymienianymi rodzajami wsparcia są (por. Bishop, 2000; Jaworowska-Obłój, Skuza, 1986; Serafino, 1990; Kmiecik-Baran, 1995; Pommersbach 1988; Sęk, 1991b; Sheridan, Radmacher, 1998):

- Wsparcie emocjonalne (obecność życzliwej osoby w trudnych chwilach, komunikowanie akceptacji, sympatii i życzliwości, okazywanie opieki, zaufania, troski, empatii, odwracanie uwagi od stresujących przeżyć i utrzymywanie wspieranego w dobrym nastroju).
- Wsparcie oceniające (wartościujące) (komunikowanie jednostce, że jest kimś ważnym, potrzebnym i godnym szacunku, dowartościowanie – pozytywne wpływanie na samoocenę i wzmacnianie poczucia własnej wartości).
- Wsparcie informacyjne (działania pomagające jednostce zrozumieć i właściwie ocenić sytuację, udzielanie informacji, wyjaśnień, rad, wskazówek i sugestii, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu).
- Wsparcie instrumentalne (różne formy bezpośredniej pomocy w radzeniu sobie z daną sytuacją, załatwianie jakichś spraw, np. mieszkania, środków finansowych itp.).

Zgodnie z rozbudowaną definicją wsparcia społecznego podaną przez H. Sęk (1991b; por. też Sęk, 1986), można je najogólniej określić jako pewien szczególny rodzaj interakcji społecznej zmierzającej do przezwyciężenia trudności występujących u osoby wspieranej (osób), reorganizacji zakłóconych relacji z otoczeniem i uzyskania podtrzymania emocjonalnego. Interakcja ta charakteryzuje się ponadto następującymi cechami:

- w jej toku zachodzi wymiana emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr materialnych,
- wymiana ta może być jednostronna lub wzajemna, a kierunek relacji: wspierający – wspierany może być stały lub zmienny,
- interakcja i wymiana zostaje podjęta w sytuacji problemowej i trudnej,
- dla skuteczności wsparcia istotna jest odpowiedniość pomiędzy oczekiwanym a uzyskanym wsparciem.

Proponowane przez H. Sęk rozumienie wsparcia społecznego akcentuje interakcyjny i dynamiczny charakter wsparcia oraz jego wieloczynnikowe uwarunkowania, dostarczając konstruktu pojęciowego pomocnego w porządkowaniu różnych wątków bardzo bogatej, związanej z omawianym tematem problematyki.

Wsparcie powszechnie jest uznawane za niezmiennie ważną zmienną w charakterystyce społecznej sytuacji człowieka i często bywa traktowane jako szczególny rodzaj zasobów wywierających pozytywny wpływ na stan zdrowia, fizycznego i psychicznego (Kawczyńska-Butrym, 1994). W literaturze cytowanych jest wiele badań potwierdzających pozytywny związek pomiędzy wsparciem społecznym a stanem

zdrowia (por. Bishop, 2000; Pommersbach, 1988; Sheridan, Radmacher, 1998; Skommer, 1997). Wiele z tych badań wykazało, że osoby samotne albo pozbawione przyjaciół doświadczają większego ryzyka śmierci niż osoby posiadające małżonków oraz liczne kontakty z przyjaciółmi i rodziną. Podobnie, wiele z nich potwierdza związek pomiędzy wsparciem lub jego brakiem a przebiegiem i występowaniem różnych chorób.

Z licznych tego typu badań wart przytoczenia wydaje się przekonujący eksperyment przeprowadzony w warunkach naturalnych przez R. Sosa i współpracowników (cyt. za Sheridan, Radmacher, 1998, str. 219). W dobrze kontrolowanych badaniach wykonanych w oddziale położniczym wykazano pozytywny wpływ wsparcia społecznego na powikłania okołoporodowe, czas trwania porodu oraz interakcje pomiędzy matką a dzieckiem. Przyszłe matki losowo przydzielono do grupy eksperymentalnej i kontrolnej, liczących po 20 kobiet. Aby uzyskać taką liczebność kobiet, u których poród przebiegał bez żadnych komplikacji, w obu grupach trzeba było wstępnie przyjąć 33 osoby do grupy eksperymentalnej i aż 103 do grupy kontrolnej. Postępowanie eksperymentalne polegało na obecności przy przyszłej matce w trakcie porodu kobiety bez specjalnego przeszkolenia, której zadaniem było tylko jej towarzyszyć, dostarczając wsparcia poprzez rozmowę i dotyk. Ta wspierająca obecność dotyczyła wyłącznie grupy eksperymentalnej. Ze względu na obowiązujące przepisy, niezezwalające na obecność w izbie porodowej rodziny ani przyjaciół, kobiety z grupy kontrolnej otrzymywały wyłącznie opiekę profesjonalną i to nie przez cały czas trwania porodu.

Wyniki eksperymentu okazały się bardzo przekonujące. Poród w grupie eksperymentalnej trwał znacznie krócej (8,8 godziny w porównaniu z 19,3 godzinami w grupie kontrolnej), co więcej, matki w grupie eksperymentalnej po porodzie były dłużej w stanie czuwania, głaskały swoje dzieci, uśmiechały się do nich i mówiły do nich więcej niż matki z grupy kontrolnej. Ponadto, biorąc pod uwagę wszystkie kobiety zakwalifikowane wstępnie do obu grup, okazało się, że komplikacje, jakie pojawiały się w trakcie porodu, dotyczyły aż 79% matek z grupy kontrolnej a tylko 37% w grupie eksperymentalnej.

Obok doniesień potwierdzających oczekiwane zależności pomiędzy stanem zdrowia i wsparciem społecznym, cytowana literatura podaje wiele badań, które nie wykazały takich zależności, a nawet wskazuje na negatywne skutki wsparcia. Na przykład J. Kulik i H. Mahler (op. cit., str. 220–221) stwierdzili, że chociaż pacjenci często odwiedzani przez współmałżonków szybciej powracali do zdrowia po operacji założenia pomostu naczyniowego (*by-passy*) niż pacjenci stanu wolnego, to jednak ci ostatni z kolei powracali do zdrowia szybciej niż pacjenci posiadający współmałżonka, ale nie odwiedzani. Obserwacja ta podkreśla znaczenie nie tylko faktu pozostawiania w relacjach społecznych, ale także znaczenie jakości tych relacji.

Uwzględniając tę ostatnią kwestię trzeba więc brać pod uwagę, że chociaż osoby mające dużo kontaktów bardziej mogą liczyć na pomoc innych, to jednocześnie mogą być bardziej narażone na przeżywanie różnych związanych z tym problemów. Szczególnym przypadkiem tej ostatniej sytuacji może być choćby problem wypalenia zawodowego.

Wyniki wielu badań wskazują także i na to, że rozważając skutki wsparcia społecznego, nie można pomijać cech wspieranej jednostki. Jak się okazuje, wsparcie przynosi bardziej pozytywne skutki osobom mającym do dyspozycji duże zasoby osobiste, które ponadto umieją ze wsparcia korzystać. Obserwację tę Ch. Sheridan i S. Radmacher

(op. cit.) komentują stwierdzeniem, iż wsparcie społeczne to jeden z tych przypadków, gdzie bogaci stają się coraz bogatsi, a biedni coraz biedniejsi. Z uogólnieniem tym trudno się jednak zgodzić. Bardziej właściwą interpretacją diskutowanych wyników wydaje się konieczność znacznej indywidualizacji wsparcia w zależności od tego czy, komu i w jakiej sytuacji jest ono potrzebne.

Podkreślana przez wielu autorów (Pommersbach, 1988; Sęk, 1986) wieloznaczność i niespójność badań dotyczących wsparcia wynika zarówno z różnych znaczeń przypisywanych temu pojęciu, przy braku odpowiedniej, teoretycznej refleksji, jak i z metodologicznych słabości towarzyszących wielu badaniom. Szczególnie negatywny wpływ, jak się wydaje, wywiera nieadekwatna operacjonalizacja samego pojęcia w powiązaniu z brakiem rzetelnych wskaźników dla różnych jego wymiarów.

Opowiadając się za przyznaniem wsparciu zdecydowanie pozytywnej roli w umacnianiu i przywracaniu zdrowia i traktowaniu go jako jednego z bardzo ważnych zasobów odpornościowych, powiązanych ze środowiskowymi relacjami człowieka, chciałbym mocno podkreślić ten właśnie, relacyjny jego charakter. Niedostrzeganie tej cechy wsparcia jest, jak sądzę, jednym z ważnych źródeł teoretycznych i empirycznych kłopotów związanych ze stosowaniem tego pojęcia. Będąc efektem interakcji, uzyskiwany poziom wsparcia zależny jest bowiem od właściwego stosunku pomiędzy wsparciem oczekiwanym a uzyskanym (Sęk, 1991b).

Ludzie różnią się znacznie potrzebą i umiejętnością otrzymywania pomocy od innych. To, co dla jednych może być bardzo potrzebne i dowartościowujące, u innych może budzić irytację, skrępowanie lub nawet uczucie upokorzenia w związku z trudnością w odwzajemnieniu się. Podobnie, silna potrzeba autonomii i niezależności oraz lęk przed zależnością może powodować unikanie pomocy i wsparcia. Co więcej, wysoki poziom wsparcia płynący z zewnątrz, przekraczający obiektywne potrzeby jednostki i zastępujący inne sposoby rozwiązywania sytuacji trudnych, może wywierać negatywny wpływ na jej zdolności adaptacyjne, powodując obniżenie zdolności do samodzielnego radzenia sobie oraz coraz większy stopień uzależnienia od innych (Caplan, 1984; Jaworowska-Oblój, Skuza, 1986; Kmiecik-Baran, 1995).

Udzielając więc wsparcia osobom chorym, należy czynić to w sposób zindywidualizowany, z dużym taktem i wyczuciem, mając na uwadze także i jego negatywne aspekty. Należy pamiętać, że oferowana pomoc bardzo łatwo może stracić swe terapeutyczne znaczenie, jeśli nie weźmie się pod uwagę potrzeb i oczekiwań osób oczekujących pomocy. To zaś niekiedy może być trudne do ustalenia, wymagając dobrego rozeznania w sytuacji i potrzebach pacjenta.

1.4. Duchowy wymiar choroby

Kolejny, ważny wymiar sytuacji chorego to wymiar duchowy. Pisać o nim w pracy o charakterze naukowym jest stosunkowo najtrudniej, albowiem w przeciwieństwie do trzech poprzednich należy on do „innego porządku rzeczy”. Jest to porządek, który nie poddaje się intersubiektywnej, naukowej ocenie i analizie. Niemniej jednak dla pełnej i wyczerpującej charakterystyki złożonej sytuacji człowieka chorego, postanowiłem, choć w skrócie, wątek ten zasygnalizować. W omawianym wymiarze mieści się bowiem także świat indywidualnych wartości wyznawanych przez danego człowieka,

często mocno zachwianych w momencie pojawienia się choroby. Dlatego też można określać go również mianem wymiaru moralno-duchowego. Zawężenie opisu wyłącznie do systemu indywidualnych wierzeń i wartości, aczkolwiek z naukowego punktu widzenia w pełni uzasadnione, jest według mnie jednak znacznym uproszczeniem. Jednocześnie zdaję sobie sprawę, że przedstawione poniżej poglądy są wyrazem osobistego punktu widzenia autora i tylko jako takie powinny być traktowane.

Centralnym przekonaniem dotyczącym omawianego obszaru jest przekonanie o istnieniu Boga – bytu nieskończenie potężniejszego od człowieka, z którym jednakże człowiek jest w stanie zbudować więź ściśle osobową. Dzieje się to przez realizację podstawowych, ludzkich wartości, które pozwalają człowiekowi dojrzewać i rozwijać się, umacniając go duchowo i moralnie. Umacnianiu tej więzi może też służyć przyjęcie cierpienia jako wartości nadającej głębszy sens życiu (Tischner, 2001).

Otwarcie się na ten szczególnie, duchowy wymiar rzeczywistości wymaga wewnętrznego wysiłku. Warto zacytować w tym miejscu, może nieco patetyczne, ale dobrze wyrażające istotę rzeczy, sformułowanie Van der Poela (1987, str. 9), który pisze, że budowanie więzi z Bogiem, w najogólniejszym sensie tego pojęcia polega na kształtowaniu siebie w taki sposób: „...aby obraz Boga stał się widzialny na ziemi”. Innymi słowy, chodzi o wysiłek istoty ludzkiej związany z jej osobistym dojrzewaniem i rozwojem, który pozwala na wypełnienie jej indywidualnej misji poprzez przekroczenie barier indywidualnego ja, bądź takie jego poszerzenie, aby objęło również i innych. Wiąże się to z podążaniem za indywidualnym i unikalnym sensem własnego życia przy współdziałaniu wartości uniwersalnych, wykraczających poza ego.

Pojawienie się owej specyficznej, wewnętrznej więzi z Bogiem lub, ujmując inaczej, nawiązanie kontaktu z tym, co Boskie w człowieku, wywołuje głębokie i pozytywne zmiany w całym dotychczasowym systemie wartości człowieka, sposobie przeżywania swej sytuacji, stosunku do siebie i innych oraz w gotowości do działań pełnych poświęcenia i ofiarności. Dzięki niej człowiek uzyskuje niezwykle silne poczucie sensu, ugruntowania i oparcia, z którym nie mogą konkurować źródła oparcia należące do wcześniej opisywanych wymiarów. Może być ona, kiedy się pojawi, źródłem niezwyklej wprost siły i odporności na przeciwności losu, w tym również na dolegliwości i ograniczenia spowodowane chorobą. Czasem spotkać się można z uzdrawiającym działaniem owej więzi nie tylko w sferze psychiki, ale też w sferze ciała (Paciorkowski, 1980; Vale, 1980).

Stosunkowo rzadkie, lecz wciąż pojawiające się obserwacje sygnalizują np. pewną kategorię uzdrowień, które uchodzą za nadzwyczajne i wyjątkowe w stosunku do wyników konwencjonalnie prowadzonej terapii medycznej (por. Paciorkowski, 1980; Rossi, 1995; Simonton, Henson, Hampton, 1998). Wśród paranormalnych uzdrowień, w omawianym kontekście na szczególną uwagę zasługują uzdrowienia o podłożu religijnym, w których występuje odwołanie się do pierwiastka transcendentnego jako ich właściwej przyczyny. Przykładem uzdrowień tego typu mogą być choćby dobrze udokumentowane uzdrowienia z Lourdes (Paciorkowski, 1980).

Istnieją również obserwacje kliniczne potwierdzające pojawianie się doświadczeń religijnych w trakcie poważnej choroby, mających głębokie znaczenie terapeutyczne (Chodak, 1995; 2000; Simonton, Henson, Hampton, 1996).

Człowiek poważnie chory staje w obliczu dramatycznej konieczności zrewidowania i przewartościowania systemu wartości, na którym się dotąd opierał. Choroba bywa bowiem ciężką próbą, która może człowieka złamać i pogрузić w rozpacz, ale może

też odkryć przed nim nowe perspektywy oraz przyspieszyć jego dojrzewanie i rozwój. Podstawą tego procesu jest, jak się wydaje, dostrzeżenie głębszego sensu w swoich zmaganiach (z życiem, chorobą, cierpieniem), przy czym chociaż czysto ludzkie, pełne zaangażowania cele, zwykle starczą, by nadać życiu sens w normalnych warunkach, to jednak często okazują się niewystarczające, by w pełni zlikwidować tak bardzo dotkliwe w ciężkiej chorobie, uczucie głębokiej niesprawności, samotności czy lęku.

Podkreślając rolę przeżyć o charakterze duchowym w chorobie, chciałbym na zakończenie zacytować zdanie G. Allporta (1988, str. 220), który pisze:

„Jest to osobliwy sekret religii, że przynosi jednostce pełną powagi pewność siebie niepodobną do niczego innego w życiu, uspokojenie, ustawiczną pomoc w troskach, ułatwiającą dalsze kroki bez względu na to, w jaką sieć powikłań zaplątało się życie”.

ROZDZIAŁ 2

PSYCHOTERAPIA JAKO FORMA POMOCY OSOBOM CHORYM

2.1. Rola oddziaływań psychoterapeutycznych w chorobie

Przy uwzględnieniu ścisłych powiązań łączących psyche i somę, dość oczywiste wydaje się twierdzenie, iż zarówno leczenie, jak i pielęgnacja osób cierpiących z powodu chorób somatycznych, nie mogą być pozbawione aspektu psychologicznego. Składa się na to szereg powodów, z których część została zarysowana w rozdziale pierwszym. Chodzi tu zwłaszcza o psychospołeczne konsekwencje choroby i jej wpływ, zarówno bezpośredni, jak i pośredni na stan psychiczny i sytuację psychologiczną człowieka chorego (Heszen-Klemens, 1983; Jarosz, 1978). Jak wynika z wcześniejszych rozważań, podstawową, psychologiczną konsekwencją choroby jest to, że w większości przypadków stanowi ona sytuację trudną, rodząc stres wywołany zagrożeniem wielu potrzeb chorego i cenionych przez niego wartości.

Charakteryzując bliżej główne powody, dla których podejście psychoterapeutyczne powinno stanowić integralny element wszelkich form pomocy medycznej, można stwierdzić, że pierwszym z nich jest konieczność łagodzenia napięć i negatywnych emocji wywołanych zarówno sytuacją choroby, jak i stosowanymi metodami leczenia. Na fakt istnienia tych dwóch odrębnych, lecz ściśle z sobą powiązanych aspektów opieki medycznej zwrócił uwagę T. Parsons (1969), wyróżniając dwie zasadnicze jej funkcje. W stosowanej przez niego terminologii były to funkcja instrumentalna i ekspresyjna. Ta druga odnosiła się właśnie do działań, przywracających pacjentom równowagę psychologiczną naruszoną działaniami o charakterze medyczno-technicznym (funkcja instrumentalna). Z konieczności łączenia obu tych aspektów leczenia zdawano sobie zresztą sprawę już w czasach starożytnych, czego wyrazem jest choćby opinia Platona, który twierdził, że błędem jest podział na lekarzy ciała i lekarzy duszy.

Drugim powodem jest potrzeba, a zarazem możliwość wykorzystania w leczeniu tych psychologicznych procesów oraz psychicznych sił i zasobów pacjenta, które mogą wzmocnić oraz przyspieszyć naturalny proces zdrowienia. Wiele z tzw. cudownych wyleczeń można przypisać spontanicznemu działaniu tych sił, a szereg rozwijanych

współcześnie metod psychologicznego oddziaływania w chorobie to nic innego, jak próby uruchomienia ich w sposób zamierzony i kontrolowany (por. Simonton, Matthews-Simonton, 1989; Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1993; Simonton, Henson, Hampton, 1996; Paul-Cavallier, 1992; Proto, 1998; Rossi, 1995; Seligman, 1993; Silva, Stone, 1997; Szerstiennikow, 1997).

Trzecim powodem jest konieczność stworzenia warunków ułatwiających współpracę z pacjentem w procesie leczenia i pielęgnacji, bez czego trudno uzyskać wysoką skuteczność stosowanych oddziaływań. Mieści się tu również konieczność eliminacji (na ile to możliwe) tzw. urazów jatrogennych, które powstają na skutek błędów w postępowaniu z pacjentem (por. Korsch, Harding, 1999; Jarosz, 1978; Pajor, Kaczor, Motyka, 1988).

Czwartym powodem jest wreszcie przyczynowo-skutkowa zależność występująca pomiędzy niektórymi czynnikami psychologicznymi i niektórymi chorobami. Z zależności tej wynika potrzeba trafnego rozpoznania wskazań do wprowadzenia istotnych zmian w dotychczasowym stylu życia pacjenta albo pojawiających się czasem wskazań do skierowania pacjenta na specjalistyczne leczenie psychoterapią. W niektórych przypadkach tzw. chorób psychosomatycznych potrzebne mogą być bowiem głębsze interwencje psychoterapeutyczne, mające na celu usunięcie wewnętrznych, psychologicznych przyczyn stymulujących rozwój choroby, a nie tylko łagodzenie emocjonalnych jej konsekwencji.

Zależnościami tymi zajmuje się zwłaszcza tzw. psychosomatyka (por. Bahnson, Bahnson, 1966; Deutsch, 1953; Le Shan, 1969; Łazowski, 1978; Pancheri, Benaissa, 1978; Wrześniewski, 1986; Wrześniewski, 2000b), a obecnie także psychoneuroimmunologia, badająca związek pomiędzy czynnikami psychicznymi a procesami obrony immunologicznej ustroju (Ader, Cohen, 1984; Ader, Felten, Lechin, 1991; Levy, Herberman, Lippman, D'Angelo, 1987; por. też Mausch, 1998; 2000; Rossi, 1995). Bardzo blisko tego nurtu mieści się rosnące wciąż przekonanie o roli wewnątrzpsychicznych mechanizmów obrony i radzenia sobie w stresie i sytuacjach trudnych. Głębsze poznanie tych mechanizmów oraz naturalnych sposobów ich aktywizacji i kontroli jest ważnym zadaniem psychologii zdrowia (por. Bishop, 2000; Dolińska-Zygmunt, 1996; Heszen-Niejodek, Sęk, 1997; Matarazzo i wsp., 1984; Taylor, 1991; Sheridan, Radmacher, 1998).

Wśród wymienionych dziedzin brak jest psychoterapii, która rozwija się w odrębnym nurcie teorii i badań, w zasadzie nie włączając problemów osób chorych somatycznie w obszar swych bezpośrednich zainteresowań. Wydaje się, że jest już najwyższy czas, aby luka ta została w jakiś sposób wypełniona.

Wcześniej przedstawiłem powody, dla których pomoc psychologiczna powinna stanowić niezbędny element wszelkich form pomocy medycznej udzielanej ludziom chorym. Powody te dość jasno określają podstawowe cele i funkcje tej pomocy. Niestety, chociaż współczesna medycyna dysponuje w teorii biopsychospołecznym modelem choroby (por. Antonovsky, 1995; Bishop, 2000; Dolińska-Zygmunt, 1996; Sheridan, Radmacher, 1998), to jednak w praktyce odwołuje się raczej do prostszego i pozornie znacznie łatwiejszego w stosowaniu, redukcjonistycznego modelu biomedycznego. Model ten przez to, że koncentruje uwagę na biologicznym wymiarze choroby, obniża wrażliwość wielu lekarzy na emocjonalne problemy i potrzeby występujące u ich pacjentów (Bishop, 2000; Gordon, Edwards, 1999; Korsch, Harding, 1999; Łazowski, 1995).

Problem stosunkowo małej wrażliwości osób wchodzących w skład personelu medycznego na emocjonalne potrzeby chorych, łączy się między innymi z niedostateczną indywidualizacją ich osobistego stosunku do pacjenta. Wydaje się, że w dobie reform mających na celu redukcję kosztów leczenia, co z kolei łączy się z daleko idącą standaryzacją usług medycznych, może on jeszcze bardziej narastać.

Dlatego też opracowanie i wdrożenie do praktyki edukacyjnej nowych programów kształcenia personelu medycznego, integrujących wiedzę i umiejętności medyczne z podejściem psychologicznym w stopniu większym niż ma to miejsce obecnie, może być ważnym czynnikiem wpływającym na poprawę obecnej sytuacji. Wymaga to jednak zaproponowania odpowiedniej formuły dla tych elementów wiedzy i umiejętności psychoterapeutycznych, które są potrzebne praktykom – lekarzom, pielęgniarkom, rehabilitantom i innym pracownikom opieki zdrowotnej sprawującym bezpośrednią opiekę nad chorym. Formuła, która z jednej strony pomoże zbliżyć do siebie psychologię i medycynę, a z drugiej stworzy wspólną płaszczyznę dla psychoterapii i psychologii zdrowia, ułatwiając wzajemne przenikanie stymulujących idei. Sądzę, że formułą taką może być omówiona dokładnie w rozdziale czwartym koncepcja komunikacji terapeutycznej, rozumianej jako wspomaganie leczenia (pielęgowania, rehabilitacji) środkami psychologicznymi, a nie jako jeszcze jedna, samodzielna metoda psychoterapii. Koncepcja ta akcentuje znaczenie kontaktu terapeutycznego nawiązywanego w trakcie wszelkich oddziaływań medycznych, gdzie istnieje możliwość takiego kontaktu, oraz niezwykle istotną rolę, jaką pełnią w nim tzw. wspólne czynniki terapeutyczne.

Proponowane przeze mnie rozumienie komunikacji terapeutycznej odbiega znacznie od klasycznego rozumienia psychoterapii, traktowanej jako samodzielna, specjalistyczna metoda leczenia zaburzeń psychogennych (por. Aleksandrowicz, 1976; 1994; Grzesiuk, 1994; Kokoszka, 1993a; Kratochvil, 1978). Odnosi się głównie do wspierającej postawy terapeuty oraz takiego sposobu komunikowania się z chorym, który sprzyja jego zmaganiom z chorobą, lecz nie rości sobie pretensji do miana samodzielnego postępowania terapeutycznego, ani nie zamierza zastąpić leczenia prowadzonego środkami niepsychologicznymi (por. Motyka, 1997a; 1997b; 1997c; 1998; 1999a; 1999b).

Komunikacja terapeutyczna musi korzystać z wielu środków i pojęć wypracowanych na terenie specjalistycznej psychoterapii. Do pojęć tych, jak już wspominałem, należy pojęcie tzw. czynników terapeutycznych. Aby mogło ono ukazać swą przydatność w nowym kontekście, jaki stwarza choroba somatyczna, jego dotychczasowe znaczenie w psychoterapii musi zostać dokładnie przeanalizowane, a treść uściśleniu i reinterpretacji, stosownie do potrzeb nowego obszaru zastosowań.

2.2. Czynniki terapeutyczne jako aktywne elementy procesu terapeutycznego

Pojęcie czynników terapeutycznych wywodzi się z ogólnego założenia, zgodnie z którym proces psychoterapii składa się z pewnej liczby elementów składowych, wspólnych dla różnych form tego procesu i mających kluczowe znaczenie dla jego przebiegu.

Koncepcja wspólnych czynników terapeutycznych dostarcza wygodnego konstruktu pojęciowego ułatwiającego refleksję nad kluczowymi momentami psychoterapii oraz prowadzenie badań w tym niezwykle trudnym metodologicznie obszarze. Swoją szczyt popularności pojęcie czynników terapeutycznych przeżywało w latach siedemdziesiątych, ale do dziś zachowało ważne znaczenie, czego wyrazem może być choćby praca Cz. Czabały (1997) podsumowująca współczesną wiedzę o mechanizmach psychoterapii, zatytułowana właśnie: *Czynniki leczące w psychoterapii*. Wydaje się, że pojęcie to wraz z jego metateoretycznym charakterem w sposób szczególny nadaje się do zastosowania na gruncie komunikacji terapeutycznej.

Zgodnie z prezentowanym w tej pracy stanowiskiem, wiedza z zakresu komunikacji terapeutycznej to przede wszystkim wiedza dotycząca istoty i roli tych czynników oraz możliwości ich wykorzystania w praktyce ogólnomedycznej.

Wybierając i łącząc elementy wiedzy czerpanej z psychologii oraz różnych koncepcji psychoterapii specjalistycznej, komunikacja terapeutyczna z natury ma charakter eklektyczny. Pojęcie czynników terapeutycznych dostarcza jej wygodnego, uniwersalnego konstruktu pojęciowego, ułatwiającego integrację wiedzy pochodzącej z różnych, teoretycznych źródeł.

W komunikacji terapeutycznej tzw. czynniki wspólne zdecydowanie wysuwają się na plan pierwszy także i dlatego, że z samej definicji wynika, iż nie jest to samodzielna metoda leczenia, celowo stosująca specyficzne i właściwe tylko jej środki i techniki psychologiczne. W elementarnych oddziaływaniach psychoterapeutycznych właśnie czynnikom wspólnym należy przypisać terapeutyczne efekty. Efekty te pojawiają się bez względu na to, czy czynniki terapeutyczne uruchomione zostaną przez pielęgniarkę lub lekarza w sposób zaplanowany i celowy, czy też intuicyjny lub nawet przypadkowy.

Ogólna wiedza na temat czynników terapeutycznych, której dostarcza literatura psychoterapeutyczna wymaga jednak uporządkowania i selekcji oraz stworzenia stosownych ram pojęciowych umożliwiających skuteczne jej wykorzystanie w zupełnie nowym kontekście. Tym specyficznym kontekstem jest kontakt z chorym somatycznie i niesiona mu pomoc psychiczna stanowiąca uzupełnienie, stosowanych w tym samym czasie, środków o charakterze biomedycznym.

Przypisanie wspólnym czynnikom terapeutycznym podstawowego znaczenia w ramach komunikacji terapeutycznej, uzasadnia konieczność dokonania obszernego przeglądu opisywanych w literaturze czynników i sporządzenia możliwie szczegółowej ich charakterystyki. Uzasadnia też próbę analizy pozwalającej na ich uporządkowanie, w ramach możliwie wyczerpującego, a jednocześnie prostego modelu. Nie jest to łatwe zadanie. Trudność, z jednej strony, wynika z samej istoty analizowanych procesów (z reguły mechanizm zmiany zachodzącej w psychoterapii ma charakter złożony, tzn. przebiega z udziałem różnych nakładających się na siebie czynników i procesów, przez co każda ich klasyfikacja ma w pewnym stopniu charakter arbitralny), a z drugiej, wynika z wielu nieścisłości terminologicznych charakteryzujących literaturę omawianego zagadnienia. Po trzecie, proces psychoterapii ujmowany bywa różnie i przy użyciu odmiennej terminologii, w ramach poszczególnych szkół i podejść teoretycznych.

Dlatego też zanim przejdę do bliższej charakterystyki wymienianych w literaturze czynników terapeutycznych, chciałbym najpierw skoncentrować się na dokładniejszej analizie samego pojęcia. Jak już wspominałem, pojęcie czynników terapeutycznych opiera się na podzielanym przez wielu autorów, ogólnym założeniu, zgodnie z którym

każdy proces psychoterapii zawiera dające się zidentyfikować elementy (czynniki) o szczególnie istotnym znaczeniu. W tym duchu definiuje między innymi pojęcie czynnika terapeutycznego Cz. Czabała (1997). Autor ten przez czynniki leczące w psychoterapii rozumie te elementy procesu psychoterapii, które pomagają pacjentowi dokonać zmian niezbędnych dla usunięcia lub zmniejszenia objawów. Podobnie S. Bloch i E. Crouch (1985), autorzy obszernego omówienia prac dotyczących tego tematu w psychoterapii grupowej, jakie pojawiły się drukiem do połowy lat osiemdziesiątych, rozumieją przez czynnik terapeutyczny każdy element procesu terapii, który będąc wynikiem działań terapeuty, innych uczestników grupy lub samego pacjenta, wywiera korzystny wpływ na jego stan lub stan innych pacjentów.

Warto zwrócić uwagę, że przy tak ogólnym rozumieniu, pojęcie czynników terapeutycznych obejmuje zarówno procesy i stany intrapsychiczne, jak też procesy interpersonalne, a co więcej, działania i procedury terapeutyczne. Jest tak zarówno w przypadku takich autorów, jak cytowani S. Bloch i E. Crouch (1985), którzy deklarują konieczność rozróżniania czynników i technik terapeutycznych, lecz posługują się wspomnianą szeroką definicją, jak również w przypadku autorów, którzy jak np. R. Corsini i B. Rosenberg (1955) czy I.D. Yalom (1985), definiują czynniki terapeutyczne jako psychologiczne mechanizmy pożądanej zmiany, lecz w proponowanych przez siebie klasyfikacjach umieszczają czynniki, które poza tę definicję wykraczają. Na przykład I.D. Yalom (1985), autor jednej z fundamentalnych prac na temat czynników terapeutycznych, określa je krótko jako te rdzenne dla procesu terapeutycznego doświadczenia (w przeciwieństwie do doświadczeń powierzchniowych, związanych bardziej z formą psychoterapii niż jej istotą), które dają się utożsamić z podstawowymi mechanizmami pożądanej zmiany. Zbliżone rozumienie czynników terapeutycznych proponują R. Corsini i B. Rosenberg (1955). Jednocześnie w klasyfikacjach tych autorów, podobnie jak i w wielu innych pracach dotyczących omawianego zagadnienia, pojawiają się takie czynniki, jak np. „Udzielanie informacji” (Yalom), czy „Sugestia” (Corsini i Rosenberg), które łatwo zidentyfikować jako techniki. To samo dotyczy klasyfikacji S. Blocha i E. Croucha (1985), którzy wśród proponowanych przez siebie czynników terapeutycznych wymieniają np. „Kierowanie”, czyli w ich rozumieniu przekazywanie pacjentowi informacji, instrukcji, rad i sugestii terapeuty.

Pojawiające się często w odniesieniu do czynników terapeutycznych słowo „mechanizm” wymaga pewnego, dodatkowego komentarza. Na gruncie literatury dotyczącej czynników terapeutycznych, mechanizm to w istocie nic więcej niż ważny element psychoterapii. Elementem tym, jak się okazuje, może być zarówno określony stan lub proces psychiczny (np. nadzieja, poczucie akceptacji, poczucie własnej wartości, poczucie rozumienia, poczucie sensu), jak i proces interpersonalny (np. interpersonalne uczenie się), działanie terapeuty lub grupy terapeutycznej (np. akceptacja, dostarczanie wyjaśnień, kierowanie), albo ich pewna właściwość (np. empatia terapeuty lub spójność grupy).

Przyjęte w literaturze przedmiotu i zarysowane tu ogólne rozumienie czynników terapeutycznych jest, jak widać, tak pojemne, że mieści swobodnie wszelkie zjawiska i elementy procesu psychoterapii, które są istotne i ważne dla wywołania korzystnych zmian u pacjenta. Z jednej strony, jest to wygodne, jednak czasem może prowadzić do trudności i nieporozumień, gdyż pozwala na zbyt swobodną interpretację tego pojęcia, odnosząc je do bardzo różnych kategorii zjawisk, rozpatrywanych w dodatku na różnym poziomie ogólności.

Trudności zwiększa fakt, że termin „czynniki terapeutyczne” używany jest przez autorów o różnych orientacjach teoretycznych, a więc stosujących odmienną terminologię i zajmujących odmienne stanowiska, jeśli chodzi o rozumienie istoty procesu terapeutycznego i interpretację jego najważniejszych elementów. Temu samemu czynnikowi (tak samo lub podobnie nazywanemu) nadawane są różne interpretacje przez autorów akcentujących inne aspekty opisywanego zjawiska. W dodatku, jak słusznie zauważa Cz. Czabała (1993), choć liczba czynników terapeutycznych jest ograniczona, istnieją tysiące różnych szczegółowych sposobów ich uruchamiania. Rodzi to dodatkowe kłopoty w ich jednoznacznym wyodrębnieniu i różnicowaniu.

Do wymienionych przyczyn trudności w jednoznacznym rozumieniu pojęcia „czynniki terapeutyczne”, należy dodać jeszcze jeden, związany z wciąż trwającą wśród specjalistów dyskusją na temat tego, co w istocie jest leczące w psychoterapii. W dyskusji tej wyróżnić można dwa podstawowe nurty. Jeden związany jest z poglądem podkreślającym rolę tzw. czynników specyficznych związanych z określoną teorią i metodą terapeutyczną, drugi związany jest z ruchem integracyjnym w psychoterapii, podkreślającym rolę czynników wspólnych, charakterystycznych dla psychoterapii niezależnie od teorii, na jakiej się ona opiera i formy, jaką w konkretnym przypadku przyjmuje. Ruch integracyjny znalazł silne oparcie w badaniach i obserwacjach wskazujących na znaczne podobieństwo rezultatów uzyskiwanych w psychoterapii za pomocą różnych metod, opartych w dodatku na różnych koncepcjach teoretycznych. Jak dotąd, pomimo znaczącego wzrostu liczby badań nad psychoterapią oraz poprawy w zakresie ich metodologii, nie wykazano, aby któreś ze stosowanych podejść było wyraźnie lepsze od innych. Stan taki sugeruje, że to właśnie pewne czynniki wspólne (*common factors*), a więc psychologiczne procesy, które nie są specyficzne dla żadnego z indywidualnych podejść czy metod psychoterapii, odpowiadają przede wszystkim za jej efekty (por. Czabała, 1993; 1994; Frank, 1975; 1977; 1987; Garfield, 1980; 1992; Karasu, 1978; 1986; Lambert 1991; Lambert, Bergin, 1994; Luborsky, Singer, 1975; Omer, London, 1988; Prochaska, Norcross, 1994; Schofield, 1967; Steinmuller, 1978). Jak słusznie zauważył H. Strupp:

„Znaczący postęp w badaniach nad psychoterapią jest w większym stopniu wynikiem lepszej analizy pojęciowej dotyczącej procesów mających miejsce we wszystkich formach psychoterapii (czynniki wspólne – przyp. M.M.), niż wynikiem na ogół mało dojrzałych porównań dotyczących stosowanych technik” (cyt. za Norcross, Grencavage, 1989, str. 230).

Podobnie podsumowuje wyniki współcześnie prowadzonych badań w psychoterapii Cz. Czabała, stwierdzając:

„Coraz częściej pisze się o istnieniu tzw. czynników wspólnych dla różnych podejść psychoterapeutycznych, które są lecznicze, chociaż nie uznawane za centralne w poszczególnych orientacjach terapeutycznych. Poszukiwanie czynników wspólnych zaczyna dominować we współczesnych badaniach nad psychoterapią. Wynika z nich, że **w każdym z badanych procesów psychoterapii występują podobne interpersonalne, społeczne i emocjonalne czynniki** (podkreślenie moje M.M.), które przyczyniają się bardziej do osiągnięcia zmiany terapeutycznej niż techniki terapeutyczne” (Czabała, 1994, str. 35, por. też Czabała, 1997; Rakowska, 1998).

Jak się wydaje, kwestia roli wspólnych i roli specyficznych, a więc centralnych dla danej szkoły czy metody, czynników, nie będzie szybko rozstrzygnięta. W dużym stopniu jest to bowiem kwestia ideologiczna, związana z przyjętą orientacją teoretyczną, w sposób szczególnie akcentującą rolę określonego czynnika lub grupy czynników.

Przedstawiciele orientacji eklektycznej w psychoterapii oraz zwolennicy nurtu integracyjnego, akcentują czynniki wspólne, natomiast terapeuci identyfikujący się ze ściśle określonymi kierunkami i metodami psychoterapii, podkreślają znaczenie czynników centralnych, czyli specyficznych dla danego kierunku i preferowanej w nim metody.

W literaturze występuje również pojęcie „czynniki niespecyficzne”, często stosowane zamiennie z pojęciem „czynniki wspólne”. Jest utożsamiane z wszelkimi psychologicznymi oddziaływaniami, których stosowanie jest celowe we wszystkich rodzajach leczenia i praktycznie wobec wszystkich leczonych (por. Aleksandrowicz, 1988; 1994). Pojęcie to akcentuje fakt działania w procesie psychoterapii sił, których w pełni terapeuta nie kontroluje i których nie stosuje w sposób zamierzony, w ramach przyjętej przez niego metody. Najczęściej jest ono identyfikowane z grupą czynników wspólnych dotyczących pozytywnych oczekiwań, takich jak nadzieja, prestiż terapeuty, jego wiara w pomyślność leczenia, podobnie jak i ta sama wiara u pacjenta, efekt placebo, sugestia, a ponadto z takimi, jak łączące się z leczeniem rytuały i mity, redukcja osamotnienia, wyjaśnianie i nazywanie nieznanego czy uspokajanie (op. cit.).

Czynnikom niespecyficznym, poza krótkimi wzmiankami, z reguły nie poświęca się wiele miejsca w pracach z zakresu psychoterapii specjalistycznej. Czynnikom terapeutycznym określanym jako wspólne, poświęca się znacznie więcej uwagi, są one też charakteryzowane wnikliwiej i bardziej dokładnie, podobnie jak czynniki specyficzne, utożsamiane niekiedy po prostu ze specyficznymi technikami, charakterystycznymi dla danej metody (Rakowska, 1998).

Pomimo występujących różnic należy sądzić, że w gruncie rzeczy mamy do czynienia wciąż z tą samą grupą czynników działających leczniczo, a terminologiczne rozróżnienie na czynniki specyficzne i niespecyficzne ma charakter umowny, zależąc wyłącznie od przyjętej koncepcji teoretycznej psychoterapii. Tam, gdzie terapeuta reprezentuje określoną szkołę w psychoterapii, będzie podkreślał znaczenie tzw. czynników specyficznych (oczywiście dla danej szkoły), a w przypadkach, w których będzie chciał zasygnalizować rolę czynników, których nie kontroluje, będzie używał terminu „czynniki niespecyficzne”. Wypada więc przyjąć, że wszystkie wymienione tu określenia, a więc czynniki specyficzne, czynniki wspólne i czynniki niespecyficzne odnoszą się do tej samej grupy czynników leczących (*curative factors*), tyle tylko, że każde z nich na plan pierwszy wysuwa nieco inny aspekt zagadnienia. Stąd też czynnik centralny dla danej metody, a więc specyficzny dla niej, jak np. wgląd w psychoanalizę, może zostać potraktowany jako czynnik wspólny bądź niespecyficzny w terapii o innej orientacji, np. interpersonalnej, gdzie pojawi się pod nieco inną nazwą jako czynnik samopoznania. Podsumowując, czynniki niespecyficzne to po prostu te, którym trudno odmówić znaczenia, a dla których brakuje miejsca w proponowanym przez daną szkołę modelu teoretycznym i którymi w sposób zamierzony szkoła ta się nie posługuje. Mówienie o czynnikach specyficznych i niespecyficznych ma więc, w gruncie rzeczy, sens jedynie w odniesieniu do poglądów określonej szkoły i metody terapeutycznej. Podział na czynniki specyficzne i niespecyficzne, wyrwany z tego kontekstu, łatwo może prowadzić do tzw. akademickich dyskusji, gdyż czynnik specyficzny dla jednej metody terapeutycznej może być uznany za niespecyficzny w innej.

Biorąc to pod uwagę, w swojej pracy celowo unikam używania terminu czynniki niespecyficzne, a stosując pojęcie „czynniki wspólne”, pragnę zaakcentować, że odwołuję się do najbardziej podstawowych składników procesu psychoterapii.

Pomimo pewnej nieścisłości, a w pewnym stopniu może właśnie dzięki niej, pojęcie czynników terapeutycznych wciąż wydaje się mieć sens i wartość teoretyczną. Otwiera ono możliwość integracji różnych poglądów, dostarcza cennej płaszczyzny do dyskusji i dialogu pomiędzy hermetycznymi szkołami w psychoterapii oraz stwarza płaszczyznę dla szeroko, metateoretycznie osadzonych badań. Chcąc wprowadzić jednak nieco więcej porządku w obszar omawianej problematyki, należałoby wyraźniej rozgraniczyć główne grupy czynników terapeutycznych, z jakimi w literaturze dotyczącej tego tematu mamy do czynienia, albo wręcz zawęzić zakres dyskutowanego pojęcia.

Mówiąc o grupach czynników, mam na myśli trzy, a nawet cztery zasadniczo różniące się ich kategorie – klasy elementów szeroko rozumianego procesu psychoterapii, wymieniane w literaturze pod hasłem czynników terapeutycznych. Opisy tych elementów zwykle pojawiają się w różnych pracach w sposób mało uporządkowany. Czynniki, które należałoby zaliczyć do odrębnych kategorii, gdyż odnoszą się do różnych aspektów charakteryzowanego procesu, często wymieniane są jednym tchem, tuż obok siebie. Charakterystyczną cechą omawianej problematyki jest bowiem ogromne zróżnicowanie jakości oraz poziomu ogólności opisywanych czynników terapeutycznych. Sprawia to, że wiele spotykanych klasyfikacji ma charakter niejednorodny i niespójny, wyrażając jedynie to, co dany autor opierając się na swym doświadczeniu jako terapeuty, uważa za ważne w psychoterapii.

Pierwsza z kategorii, które proponuję rozróżniać, to podstawowa, według mnie, grupa wspólnych czynników terapeutycznych, wymienianych w różnych zestawieniach i kompozycjach, w licznych opracowaniach dotyczących tego tematu. Są to przykładowo takie czynniki, jak: nadzieja, poczucie sensu, wgląd (w szerokim znaczeniu poszerzenia świadomości), odreagowanie itp. Biorąc pod uwagę ich rolę w komunikacji terapeutycznej oraz dynamiczny charakter, proponuję określać je mianem elementarnych, psychologicznych warunków zmiany, a kładąc bardziej nacisk na ich funkcję, mianem elementarnych, psychologicznych zasobów wewnętrznych. W proponowanym ujęciu, elementarne czynniki terapeutyczne to te składniki wewnętrznego doświadczenia jednostki, a więc jej osobiste postawy, myśli, uczucia oraz związane z nimi procesy, których wzbudzenie prowadzi do pozytywnych zmian w biologicznym i psychospołecznym funkcjonowaniu, o bardziej globalnym charakterze (poprawa objawowa oraz poprawa funkcjonowania na poziomie psychospołecznym).

Druga kategoria, jaką można dostrzec wśród czynników terapeutycznych wymienianych w literaturze, odnosi się do czynników typowo zewnętrznych, to jest do działań podejmowanych przez inne osoby wobec pacjenta. Chodzi tu o działania terapeuty lub grupy terapeutycznej, które raczej powinno się określać mianem interwencji terapeutycznych. Opisywane interwencje przyjmują formę konkretnych technik, takich jak np. sugestia, konfrontacja, aktywne słuchanie, interpretacja itp., albo odnoszą się do działań bardziej ogólnych, jak np. udzielanie wyjaśnień, dawanie rad i wskazówek czy dostarczanie emocjonalnego wsparcia. Kategoria ta wyraźnie wykracza poza zakres wąskiej definicji czynników terapeutycznych i nie powinna być do nich zaliczana. Pomimo to, nawet autorom tak poważnym, jak S. Bloch czy I. Yalom, deklarującym w dodatku konieczność wyraźnego odróżniania technik i czynników terapeutycznych, zdarza się, co już sygnalizowałem, włączanie niektórych technik do proponowanych przez nich klasyfikacji czynników.

Trzecia kategoria, wymienianych w literaturze terapeutycznych czynników wspólnych, którą również należy wyraźnie odróżniać od poprzednich, to cechy szczególnej

relacji zachodzącej pomiędzy terapeutą a pacjentem, tworzącej właściwy dla terapii klimat emocjonalny. Klimat ten zgodnie z proponowaną w pracy interpretacją stanowi ważny, zewnętrzny warunek, ułatwiający wzbudzenie i aktywność elementarnych czynników terapeutycznych.

Trzy wymienione dotąd kategorie czynników to jednak nie wszystko. W literaturze przedmiotu natrafiamy jeszcze na uczenie się, jako nazwę kolejnego czynnika wspólnego, niepasującego do żadnej z dotąd wymienionych kategorii. Chodzi o nabywanie w toku psychoterapii potrzebnej pacjentowi wiedzy, doświadczeń emocjonalnych i umiejętności.

Pojęcie uczenia się w tym przypadku, można rozpatrywać w dwóch znaczeniach. W pierwszym znaczeniu akcentowany jest pożądany kierunek zmian, do jakich ma dojść w procesie psychoterapii, czyli jej cele (nowa wiedza, nowe doświadczenia i nowe umiejętności), w drugim, istota procesu zmiany identyfikowana jest z procesem uczenia się. Żadne z wymienionych znaczeń nie pozwala jednak na umieszczenie uczenia się w grupie elementarnych czynników terapeutycznych, w zaproponowanym – wąskim rozumieniu tego pojęcia. Termin „uczenie się” określa w sposób bardzo ogólny to, do czego zmierza lub na czym polega cały proces psychoterapii, podczas gdy czynniki elementarne odnoszą się do ważnych, ale częściowych, elementów tego procesu. Różny poziom ogólności obu tych terminów powoduje, że uczenie się nie powinno być rozpatrywane wraz z elementarnymi czynnikami terapeutycznymi, na tej samej, wspólnej płaszczyźnie.

Zawężenie pojęcia czynników terapeutycznych wyłącznie do pierwszej z opisanych wcześniej kategorii i wyraźne odróżnienie ich od interwencji terapeutycznych, od cech relacji terapeutycznej oraz od ogólnej interpretacji całego procesu, wydaje się korzystne, choćby ze względu na porządkujący charakter tego przedsięwzięcia. Proponowany przeze mnie stosunkowo prosty zabieg, eliminujący z grupy czynników terapeutycznych podejmowane przez terapeuta interwencje – w tym stosowane techniki, następnie cechy relacji terapeutycznej, a także ogólną interpretację psychoterapii jako formy uczenia się, znacznie pomaga w likwidacji pojęciowego zamieszania przypominającego biblijną wieżę Babel, które pojawia się natychmiast, gdy na jednej płaszczyźnie zaczynamy wyliczać wszystko to, co w literaturze przedmiotu odnaleźć można pod hasłem: „czynniki terapeutyczne”.

W prezentowanej obecnie propozycji, najbardziej istotne z punktu widzenia celu tej pracy, elementarne czynniki terapeutyczne sprowadzone zostały do podstawowych, wewnętrznych warunków zmiany sposobu przeżywania siebie i swej sytuacji, prowadzących w konsekwencji do pożądanych zmian w globalnym funkcjonowaniu jednostki. Zgodnie z przyjętym poglądem, warunki te składają się na psychiczne zasoby człowieka, podlegające szczególnej stymulacji w procesie psychoterapii.

Zasoby te mają ogromne znaczenie dla życia i zdrowia. Dlatego też człowiek dotknięty chorobą, oprócz interwencji o charakterze biomedycznym, powinien być poddawany stosownym psychologicznym interwencjom mającym na celu odnalezienie, uruchomienie i rozbudowanie istniejących w nim psychicznych zasobów.

Przeniesienie pojęcia czynników terapeutycznych zgodnie z powyższym ujęciem, na grunt komunikacji terapeutycznej, dostarcza stosunkowo prostego modelu koncepcyjnego, w którym pomoc w leczeniu to nie tylko pomoc w łagodzeniu lub usuwaniu objawów chorobowych występujących u pacjenta, ale także, a może przede wszystkim,

pomoc w umacnianiu jego wewnętrznych zasobów (wzmacnianie psychicznego potencjału zdrowia). Model ten zostanie omówiony dokładniej w rozdziale czwartym.

Obecnie chciałbym dokonać krótkiego przeglądu literatury dotyczącej charakterystyki tzw. wspólnych czynników terapeutycznych. Zacznę od przeglądu i analizy istniejących już klasyfikacji czynników terapeutycznych, aby korzystając z wyodrębnionych w tym rozdziale kategorii pojęciowych, dokonać selekcji omawianych czynników i zaproponować ich własną klasyfikację.

2.3. Czynniki wspólne w psychoterapii

Jednym z pierwszych autorów podkreślających rolę czynników wspólnych w psychoterapii był S. Rosenzweig. W latach trzydziestych opublikował on pracę, w której wymienił dwa, jego zdaniem, kluczowe dla każdej formy psychoterapii czynniki, a mianowicie: wzbudzanie nadziei oraz dostarczanie nowych sposobów widzenia świata i samego siebie (cyt. za Czabała, 1997).

Autorem, którego prace wniosły niewątpliwie szczególnie duży wkład w rozwój problematyki czynników wspólnych, był J. Frank (1975; 1977; 1987). Jego zdaniem, wszystkie osoby potrzebujące psychicznej pomocy przejawiają pewien wspólny problem. Ten wspólny problem, któremu psychoterapia usiłuje zaradzić, określił mianem „upadku morale”, czyli mówiąc innymi słowami, „załamania się”. Człowiek doświadczający „upadku morale” przeżywa szereg negatywnych uczuć w rodzaju alienacji, poczucia beznadziejności, bezradności, niekompetencji i braku szacunku do siebie. Wszelkie inne objawy, o ile nie są pochodzenia organicznego, J. Frank traktował jako zewnętrzne przejawy upadku morale.

Według J. Franka, do wspólnych cech różnych form psychoterapii (zwalczających upadek morale) należą:

- silny, uczuciowy i pełen zaufania związek z pomagającą osobą,
- warunki leczenia wzmacniające ten związek przez podnoszenie prestiżu terapeuty oraz dawanie pacjentowi poczucie bezpieczeństwa,
- wyjaśnienie (teoria albo mit) dostarczające pacjentowi wiarygodnego wytłumaczenia występujących u niego objawów oraz wytłumaczenia sposobu postępowania, który zmierza do ich usunięcia,
- rytuał, a więc sposób postępowania angażujący zarówno terapeutę, jak i pacjenta i związana z nim wiara, że jest on środkiem do przywrócenia zdrowia pacjenta.

Wymienione cechy psychoterapii spełniają następujące funkcje terapeutyczne: pozwalają pacjentowi przezwyciężyć poczucie izolacji, wzmacniają jego nadzieję na uzyskanie skutecznej pomocy, uczą nowych sposobów radzenia sobie z problemami (zarówno poprzez nowe informacje, jak i poprzez korektywne doświadczenia emocjonalne), tworzą stosowny poziom emocjonalnego napięcia potrzebny do zmiany postaw i przekonań oraz wzmacniają poczucie sprawności i kontroli.

Biorąc pod uwagę wymienione przez J. Franka funkcje psychoterapii, można zidentyfikować występujące w nich następujące czynniki terapeutyczne:

- poczucie kontaktu (więzi) z innymi (przezwyciężenie izolacji),
- nadzieja (wzmocnienie oczekiwań uzyskania skutecznej pomocy),

- poczucie własnej sprawności i kontroli (szczególnie dzięki uczeniu się nowych, skutecznych sposobów radzenia sobie z problemami),
- nowe wyjaśnienie (interpretacja) sytuacji (szczególnie dzięki uczeniu się, nowym informacjom i korektywnym doświadczeniom emocjonalnym),
- emocjonalna mobilizacja i zaangażowanie (stosowny poziom emocjonalnego napięcia).

Inny autor zajmujący się omawianym zagadnieniem, W. Schofield (1967) wymienia tylko dwa podstawowe, wspólne czynniki psychoterapii:

- *katharsis* (wentylacja),
- uczenie się.

Jego zdaniem wentylacja, czyli wyrażenie przez pacjenta doświadczanych konfliktów, lęków, poczucia winy, resentymentów i innych tłumionych dotąd uczuć, odbywające się w atmosferze pozbawionej strachu przed odrzuceniem lub brakiem zrozumienia, jest niezbędnym i powszechnie spotykanym krokiem w każdej formie psychoterapii. Podobnie jest z procesem uczenia się, w którym terapeuta bierze udział zarówno jako model, jak też jako źródło wzmocnień.

Tytułem komentarza należy stwierdzić, że o ile, zgodnie z prezentowanym w poprzednim podrozdziale stanowiskiem, wentylację uczuć bez trudu możemy zaliczyć do grupy czynników terapeutycznych, to proces uczenia się jako pojęcie znacznie ogólniejsze, odnoszące się w tym przypadku do całościowej interpretacji procesu terapeutycznego, wykracza poza kategorię wąsko rozumianych, elementarnych czynników terapeutycznych.

T. Karasu (1986) wymienia trzy towarzyszące psychoterapii i ważne, jego zdaniem, elementy przeżyć pacjenta, istotne dla uzyskania u niego zmiany terapeutycznej. Według tego autora teoretyczna analiza czynników wspólnych dla wszystkich metod psychoterapii wskazuje na takie czynniki, jak:

- przeżywanie emocji,
- doświadczenie kontroli poznawczej,
- doświadczenie możliwości zmiany zachowania.

Interesującej próby opisu wspólnych czynników psychoterapii dostarcza analiza dokonana przez R.A. Harpera (1967), w której opisuje on rodzaj efektów, do jakich dążą psychoterapeuci reprezentujący różne odmiany psychoterapii. Zgodnie z cytowanym autorem, wszystkie wielkie systemy w psychoterapii dają się sprowadzić do dwóch zasadniczo różniących się kategorii: koncepcji zorientowanych na emocje i koncepcji zorientowanych na zmiany o charakterze poznawczym. Ostatecznie efekty, do jakich dąży oparta na nich psychoterapia, niezależnie od sposobu uzyskiwania zmian, okazują się jednak dosyć podobne. Są to:

- wsparcie słabego ego pacjenta przez terapeutę, a więc podniesienie jego samooceny,
- uczenie się bardziej realistycznych sposobów radzenia sobie z życiowymi problemami,
- redukcja nierealistycznych lęków,
- uczenie się cierpliwości,
- uczenie się nowego typu mitów (nowych, bardziej realistycznych przekonań),
- nowa perspektywa spojrzenia na swe emocje i trudności w kontaktach z innymi,

– obniżenie lęku – jako skutek koncentracji uwagi na aktualnych lękach i problemach pojawiających się podczas terapii, przez co lęki dotyczące przyszłości bledną i są spostrzegane jako mniej zagrażające.

Pierwszy z wymienionych tutaj efektów, czyli wsparcie, może być uzyskany na wiele różnych sposobów. Może być osiągnięty np. dzięki uważnemu słuchaniu, nieocenianym informacjom zwrotnym, okazywaniu pacjentowi cierpliwości i akceptacji. Może być osiągnięty poprzez pojawiające się od czasu do czasu interpretacje wskazujące, że terapeuta uważnie słucha tego, co pacjent miał do powiedzenia, a więc że ma on coś do powiedzenia, co jest wartościowe i ciekawe dla terapeuty. Może też być uzyskany przez racjonalne instrukcje, rozmowę o fantazjach pacjenta itp. Każde z tych działań dostarcza pacjentowi poczucia, że coś znaczy, że posiada pewną wartość i że otrzymał przynajmniej minimum cudzej uwagi, zrozumienia, akceptacji i miłości.

Proces uczenia się przez pacjenta realizmu polegający na przejęciu tej postawy od bardziej realistycznie nastawionego terapeuty, również może przebiegać w różnorodnej formie, a nauka może mieć charakter mniej lub bardziej dyrektywny.

W toku psychoterapii pacjent uczy się także, iż wiele jego trosk, zmartwień i kłopotów budzących dotąd jego lęk, jest praktycznie bez znaczenia albo należy do przeszłości, a więc że teraz może on je bezpiecznie porzucić.

Jedną z najczęściej spotykanych trudności u osób zdradzających emocjonalne problemy, jest niezdolność do tolerowania napięcia. Podczas terapii pacjenci uczą się, jak postępować bardziej dojrzałe i jak odraczać bezpośrednie gratyfikacje swoich potrzeb. Uczą się tym samym cierpliwości. Czasem odbywa się to przez instrukcję, czasem poprzez przykład, a najczęściej przez jedno i drugie.

Pacjenci uczą się również nowych przekonań bardziej konstruktywnych niż te, które dotychczas posiadali i bardziej realistycznych, lepiej dostosowanych do aktualnej rzeczywistości.

Dzięki rozmowom prowadzonym z terapeutą, pacjenci uzyskują również nową perspektywę spojrzenia na swoje kłopoty. Rozmowy te pozwalają im na pewną obiektywizację doświadczanych uczuć i powodują, że wyjawione i wielokrotnie w trakcie terapii omawiane uczucia, słabną i wraz z utratą ich prywatności tracą swą destrukcyjną siłę.

Dzieje się tak również i z lękiem. W zestawieniu z problemami, z którymi pacjent był wielokrotnie konfrontowany podczas psychoterapii, dotychczasowe jego lęki maleją i tracą swą paraliżującą moc.

Zdaniem R.A. Harpera (op. cit., str. 97) pacjenci, którzy kończą z sukcesem psychoterapię wychodzą z niej silniejsi, z poczuciem, że nie są już tak słabi i samotni, jak dotąd. Intensywne emocjonalne doświadczenia mające miejsce podczas psychoterapii prowadzą pacjenta do wniosku: „On mnie zrozumiał, uważa, że jestem wartościowy, nie jestem już sam, mam też własną siłę, mogę radzić sobie z tym, co mnie spotyka”. Zgodnie z poglądem omawianego autora, psychoterapia w istocie rzeczy jest współczesnym środkiem dostarczania wsparcia osobom ze źle funkcjonującym systemem wartości. Korzystając z tego środka uczą się one nowego systemu wartości, a zarazem tego, jak żyć lepiej, bardziej efektywnie i twórczo.

Biorąc pod uwagę, że redukcję lęku trudno uznać za czynnik terapeutyczny *sensu stricto* oraz że nabywanie cierpliwości można traktować jako szczególny przypadek uczenia się bardziej realistycznych sposobów radzenia sobie z życiowymi problemami, a nowe bardziej realistyczne przekonania prowadzą do zmiany perspektywy spojrzenia

na siebie i swych trudności w kontaktach z innymi, uzyskujemy listę tylko trzech czynników wspólnych, takich jak:

- podniesienie samooceny,
- nowe, bardziej konstruktywne przekonania,
- nowe, realistyczne sposoby radzenia sobie z sytuacją.

Dużo uwagi wspólnym czynnikom terapeutycznym poświęcił S. Garfield (1980; 1992). Omawiając wspólne cechy różnych orientacji teoretycznych w psychoterapii oraz wyniki licznych badań nad czynnikami wspólnymi, szczególnie podkreślał on znaczenie takich czynników, jak:

- nadzieja,
- rozumiejące wsparcie,
- związek terapeutyczny (w którym znaczącą rolę odgrywa wzajemny szacunek i poważanie, a także autorytet terapeuty i jego wiara w stosowane metody leczenia, udzielająca się również pacjentowi),
- zrozumienie dotąd niejasnych i niepokojących aspektów siebie,
- *katharsis*,
- desentyzacja (uzyskiwana przez wielokrotnie powtarzaną analizę problemów pacjenta).

Warto zwrócić uwagę, że według wcześniej poczynionych uwag, zawartych w poprzednim podrozdziale, wsparcie podobnie jak desentyzacja to raczej interwencje terapeutyczne niż *sensu stricto* czynniki terapeutyczne.

Jeszcze inaczej wspólne czynniki terapeutyczne klasyfikuje F. Torrey w swej błyskotliwie napisanej książce *Czarownicy i psychiatrzy* (Torrey, wyd. pol. 1981). Przedstawione w niej poglądy można w skrócie przedstawić następująco:

Wszystkie systemy psychoterapii, łącznie ze sposobami działania czarowników i szamanów korzystają z podobnych czynników wspólnych, do których należą:

- nazwanie choroby lub cierpienia pacjenta (słyszac co mu jest, chory czuje się pewniej, czuje też, że nie jest sam ze swoim zmartwieniem, że jest ono znane jego lekarzowi),
- osobowość lekarza kształtująca charakter relacji psychoterapeutycznej (cechy osobowości terapeuty działające szczególnie pozytywnie to ciepło, empatia i naturalność),
- pozytywne oczekiwania pacjentów (jak pisze cytowany autor: „Im więcej oczekuje pacjent, tym lepiej dla leczenia”, umieszczając w ramach pozytywnych oczekiwań nadzieję, optymizm, efekt placebo, wiarę w autorytet terapeuty, w metodę i miejsce leczenia oraz wiarę terapeuty w samego siebie i w skuteczność proponowanego leczenia),
- techniki terapeutyczne, wśród których wymienia także wywiad, ze względu na to, że zawiera on elementy spowiedzi (odreagowanie – przyp. M.M.) oraz sugestii i autosugestii.

Oddzielając czynniki terapeutyczne od interwencji terapeutycznych, w cytowanych poglądach F. Torreya można dopatrzeć się takich czynników, jak:

- poczucie rozumienia swej sytuacji, możliwość wyjaśnienia tego, co się dzieje,
- pozytywne oczekiwania (nadzieja, optymizm, pozytywna autosugestia, wiara w terapeute),
- odreagowanie (element spowiedzi).

Okazywanie przez terapeutę ciepła (akceptacji), empatii i naturalności (autentyczności), należy raczej traktować jako szczególne aspekty relacji terapeutycznej, a stosowane przez niego techniki z pewnością należy zaliczyć do interwencji terapeutycznych.

W badaniach opisywanych przez M. Lamberta (1991), pacjenci, którzy zakończyli swoją terapię sukcesem, wymieniali następujące czynniki jako istotne dla uzyskania przez nich pozytywnego rezultatu: poczucie bycia rozumianym przez terapeutę i wsparcie z jego strony, pobudzanie do osiągania wglądu, uczciwość terapeuty, jego troskę i zainteresowanie.

Z wyjątkiem poczucia bycia rozumianym, czynniki te określić by należało mianem interwencji terapeutycznych (udzielanie wsparcia, pobudzanie wglądu) lub psychologicznymi warunkami tworzenia kontaktu terapeutycznego (uczciwość, troska, zainteresowanie).

Podsumowując swoje spostrzeżenia, M. Lambert i A. Bergin (1994) za szczególnie korzystne w psychoterapii uważają takie emocjonalne doświadczenia pacjenta, jak:

- *katharsis*,
- poczucie identyfikacji z terapeutą,
- doświadczenie pozytywnego związku z terapeutą, w tym jego szacunku, empatii, akceptacji i szczerości,
- doświadczenie związane z zaufaniem drugiemu człowiekowi, w tym przypadku terapeutę.

Tu również cechy pozytywnego związku z terapeutą należy uznać za charakteryzujące bardziej relację terapeutyczną niż odnoszące się do czynnika terapeutycznego w przyjętym w tej pracy znaczeniu.

S. Kratochvil (1999) do najważniejszych, wspólnych czynników terapeutycznych zalicza:

- związek terapeutyczny – pacjent ma zaufanie do terapeuty, oczekuje od niego pomocy i jest przeświadczony, że terapeuta pragnie mu pomóc,
- przekonywające wytłumaczenie zaburzeń – pozwala ono pacjentowi zrozumieć symptomy, siebie i swoje problemy osobiste. Jest zależne od podania pacjentowi w przekonujący sposób stosownych wyjaśnień oraz przyjęcia ich jako sensownego i znaczącego dlań wytłumaczenia,
- odreagowanie – emocjonalna ekspresja stwarzająca możliwość pozbycia się emocji towarzyszących minionym, urazowym zdarzeniom oraz obecnym kłopotom i konfliktom,
- konfrontację z problemem (wielokrotnie powtarzane, konstruktywne stawianie czoła problemowi, w miejsce dotychczasowego unikania problemu; pacjent uczy się stawiać czoła problemom i uczy się, że nie prowadzi to do spodziewanych, katastroficznych skutków),
- wsparcie (podnoszenie na duchu i wzmacnianie słowami oraz zachowaniem właściwych zachowań i sposobów przeżywania pacjenta).

Eliminując z powyższej listy związek terapeutyczny oraz interwencje terapeutyczne (wsparcie), otrzymujemy takie czynniki, jak:

- rozumienie siebie, swoich symptomów oraz problemów osobistych,
- odreagowanie,
- konfrontację z problemem.

Z. Sokolik (1994b) charakteryzując główne czynniki lecznicze, którymi posługuje się psychoanaliza, do czynników wspólnych zalicza:

- związek emocjonalny terapeuty z pacjentem,
- korekcyjne doświadczenie emocjonalne, sprzyjające uczeniu się nowych form zachowania, reagowania i przeżywania,
- odreagowanie tłumionych dotąd emocji,
- wzmacnianie pacjenta przez wyrażanie akceptacji, pochwał i pokazywanie mu jego lepszych stron,
- wgląd (w szerokim rozumieniu, a więc nie tylko w nieświadome tendencje i reakcje przeniesieniowe, ale też w cały łańcuch przyczyn i skutków prowadzący do nerwicy, który to element jest wspólny w psychoanalizie i innych formach terapii odwołujących się do poznania),
- podkreślanie autonomii pacjenta, jego niezależności i konieczności samodzielnego decydowania o sobie,
- zjawisko identyfikacji pacjenta z psychoterapeutą (jak również inkorporacji i introjekcji).

Po eliminacji kontaktu terapeutycznego i interwencji terapeutycznych na liście pozostają:

- korektywne doświadczenie emocjonalne,
- odreagowanie,
- wgląd (w szerokim rozumieniu jako samopoznanie),
- identyfikacja z terapeutą.

Rozpatrując rolę różnych czynników terapeutycznych z tej samej, psychoanalitycznej perspektywy, wśród czynników towarzyszących tej metodzie B. Killingmo (1995) wyróżnia:

- gratyfikację potrzeb,
- *katharsis*,
- efekt paradygmatyczny (nieświadoma identyfikacja z terapeutą),
- korektywne doświadczenie indywidualne.

Z kolei D.E. Orlinsky i K.I. Howard (cyt. za Czabała, 1997) wśród najważniejszych czynników terapeutycznych w swym metateoretycznym modelu psychoterapii wyróżniają takie czynniki, jak:

- kontekst społeczny i kulturowy, w jakim jest stosowana psychoterapia wraz z indywidualnymi cechami pacjenta oraz indywidualnymi i profesjonalnymi właściwościami terapeuty,
- kontrakt terapeutyczny, zawierający ustalenia co do celów leczenia oraz technik, warunków jej prowadzenia, roli pacjenta i terapeuty,
- interwencje terapeutyczne zależne od prezentowanych problemów pacjenta i ich rozumienia przez terapeutę oraz od reakcji pacjenta,
- związek terapeutyczny.

Jak widać, mamy tu do czynienia bardziej z propozycją ogólnego modelu głównych kategorii czynników terapeutycznych, niż z elementarnymi czynnikami *per se*. Ponadto model ten w ogóle nie uwzględnia czynników terapeutycznych rozumianych jako wewnętrzne, psychologiczne warunki zmiany, tak jak zostało to przyjęte w niniejszej pracy. Zarówno kontekst społeczny, jak i cechy pacjenta oraz terapeuty, podobnie jak kontrakt terapeutyczny można rozumieć jako aspekty relacji terapeutycznej. Uwzględ-

nione w modelu interwencji terapeutycznej również pozostają poza kontekstem czynników wspólnych w ścisłym, proponowanym przeze mnie znaczeniu tego terminu.

J. Prochaska (1979) na podstawie analizy 18 najbardziej rozpowszechnionych systemów psychoterapeutycznych wyróżnił aż 10 najważniejszych czynników prowadzących do zmiany.

Według niego są to:

- poszerzanie świadomości,
- zmiana oceny samego siebie,
- zmiana oceny otoczenia społecznego,
- uwolnienie ja (*self-liberation*),
- uwolnienie się od presji otoczenia społecznego,
- przewarunkowanie,
- kontrola bodźca,
- kontrola konsekwencji,
- ulga (*dramatic relief*),
- relacja pomagania.

Termin „poszerzanie świadomości” odnosi się tutaj do działań terapeutycznych zmierzających do tego, by pacjent stał się bardziej świadomy swych uczuć, pragnień, przekonań i zachowań, a także wzajemnych powiązań między nimi i przyczyn powodujących kłopotliwe reakcje. Zmiana oceny siebie dotyczy zmiany oceny swoich problemów, zmiany oceny ich przyczyn, a także możliwości i sposobów ich usunięcia. Zmiana oceny otoczenia społecznego dotyczy uzyskania nowej oceny swych relacji z otoczeniem. Uwolnienie ja to zarówno lepsze poznanie własnej, wewnętrznej rzeczywistości, jak i rezygnacja z nierealistycznych pragnień. Uwolnienie się od ulegania naciskom otoczenia społecznego to zarówno wzmocnienie siły pacjenta potrzebnej do przeciwstawienia się presji otoczenia, jak i przyłączenie się do grup lub organizacji chroniących jego prawa. Przewarunkowanie to uczenie się pozytywnych reakcji na bodźce, które dotąd wywoływały reakcje negatywne. Kontrola bodźca to wzmocnienie kontroli nad sytuacjami zagrażającymi (np. unikanie takich sytuacji). Kontrola konsekwencji zachowania to udzielanie sobie kar i nagród zgodnie z planem pokierowania swoim zachowaniem w założonym kierunku. Przeżycia związane z ulgą to silne wzruszenia i przeżycia pojawiające się w toku terapii, obejmujące nie tylko odreagowanie negatywnych uczuć, ale i wszelkie poruszające emocje. Relacja pomagania to pozytywna akceptacja, zrozumienie i wsparcie pojawiające się w kontakcie z drugą, pomagającą osobą.

W powyższej interpretacji czynników terapeutycznych jedynie ten ostatni czynnik oraz przewarunkowanie należałoby zaliczyć do odrębnych kategorii, pozostałe można traktować jako szczegółowo analizowane, wewnętrzne zasoby i sposoby radzenia sobie.

Cz. Czabała (1997), uogólniając konkluzje wielu badaczy zajmujących się teoretyczną problematyką czynników wspólnych w psychoterapii, stwierdza, że do najczęściej wymienianych czynników wspólnych działających w procesie psychoterapii należą:

- związek terapeutyczny (*therapeutic relationship, therapeutic alliance, working alliance*),
- nowe doświadczenia emocjonalne przeżywane przez pacjenta w procesie psychoterapii,

- nowa wiedza, jaką w tym czasie zdobywa,
- uczenie się i ćwiczenie nowych zachowań.

Jego zdaniem, w zasadzie wszystkie metody psychoterapii, w sposób pośredni lub bezpośredni, dostarczają pacjentowi okazji do doświadczania emocji. Część z tych emocji ma charakter korektywny, prowadząc do modyfikacji dotychczasowych schematów widzenia siebie i świata, przeżywania i reagowania. W terapeutycznym kontakcie u pacjenta pojawiają się wzbudzone przez terapeutę emocje pozytywne oraz – związane z posiadanymi wcześniej doświadczeniami – emocje negatywne. Te ostatnie są następnie odreagowywane i wygaszane, robiąc miejsce dla reakcji emocjonalnych adekwatnych wobec realnej sytuacji.

Jak widać, podstawowym, ogólnym mechanizmem terapeutycznej zmiany jest, zdaniem cytowanego autora, proces uczenia się. Pozwala on na nabywanie nowej wiedzy, nowych doświadczeń emocjonalnych i nowych umiejętności. Szczególnym przypadkiem uczenia się jest z jednej strony wgląd oraz pobudzanie do refleksji, z drugiej korektywne doświadczenie emocjonalne, a z trzeciej trening umiejętności. Ćwiczenie nowych zachowań jest powszechnie podejmowanym zadaniem w różnych formach psychoterapii. Uczenie tych zachowań może być zarówno celem, jak i środkiem wiodącym do uzyskania pożądanej zmiany terapeutycznej.

Obok wymienionych, ważnym czynnikiem wspólnym występującym w jakiejś formie we wszystkich typach psychoterapii jest, jak wskazuje autor, związek terapeutyczny. Nawet jeśli nie jest on sam w sobie czynnikiem leczącym, to stwarza warunki umożliwiające efektywne działanie czynników terapeutycznych.

W przedstawionej tu za Cz. Czabałą klasyfikacji zwraca uwagę znaczny poziom ogólności wymienianych czynników. Można ją zatem traktować jako spójną propozycję kategorii pozwalających na logiczne porządkowanie czynników elementarnych. Warto zauważyć, że tylko trzy z czterech wymienionych kategorii, tj. nowe doświadczenia emocjonalne przeżywane przez pacjenta w procesie psychoterapii, nowa wiedza, jaką w tym czasie zdobywa oraz pośrednio ćwiczenie nowych zachowań (przez wpływ na posiadane schematy poznawcze i doświadczenie), odnoszą się do czynników terapeutycznych w węższym, proponowanym przeze mnie znaczeniu. Procesem wyraźnie sygnalizowanym przez autora i stanowiącym niejako istotę wymienionych trzech kategorii czynników jest uczenie się. Jego uniwersalny charakter, jak już wskazywałem wcześniej, powoduje konieczność zakwalifikowania go do odrębnej klasy zjawisk. Do odrębnej kategorii należy zakwalifikować również związek terapeutyczny.

Scharakteryzowane powyżej propozycje i ujęcia czynników terapeutycznych, stanowią rozmaicie zestawianą i interpretowaną rzeczywistość kluczowych momentów procesu psychoterapeutycznego. Potwierdzają one zasadność wyodrębnionych w poprzednim podrozdziale aspektów procesu psychoterapeutycznego, obejmującego:

- elementarne czynniki terapeutyczne *sensu stricto* (wewnętrzne, psychologiczne warunki pozytywnej zmiany),
- interwencje terapeutyczne (werbalne i niewerbalne zachowania terapeuty stanowiące zewnętrzne stymulatory dla warunków wewnętrznych – elementarnych czynników terapeutycznych),
- związek terapeutyczny (zewnętrzne, psychologiczne warunki zmiany – ułatwiające i intensyfikujące efekty podejmowanych interwencji),
- uczenie się jako ogólny mechanizm zmiany terapeutycznej.

Model procesu terapeutycznego zaproponowany przeze mnie i rozwinięty w rozdziale czwartym, podobnie jak propozycja Cz. Czabały albo opisana w rozdziale poświęconym psychoterapii grupowej klasyfikacja R. Corsiniego i B. Rosenberg, posiada duże walory porządkujące. Wskazuje między innymi na konieczność wyraźnego rozróżniania czterech wymienionych wyżej, co prawda powiązanych z sobą, lecz względnie niezależnych, aspektów procesu terapeutycznego.

Interpretując w świetle podanych kategorii model czynników wspólnych psychoterapii opisany przez Cz. Czabałę (1997), związek terapeutyczny należałoby traktować jako zewnętrzne warunki zmiany, a pozostałe trzy grupy czynników wspólnych wymienianych przez tego autora, tj. nowe doświadczenia emocjonalne, nową wiedzę i ćwiczenie nowych zachowań, jako trzy formalne kategorie (poznawcza, emocjonalna i behawioralna) warunków wewnętrznych wpływających na przebieg procesu terapeutycznego (rozumianego szeroko jako proces uczenia się), takich jak np.: wgląd czy pobudzanie do refleksji (kategoria poznawcza), korektywne doświadczenie emocjonalne (kategoria emocjonalna) lub nowe umiejętności (kategoria behawioralna).

W koncepcji J. Franka mamy do czynienia w zasadzie z wszystkimi czterema akcentowanymi przeze mnie aspektami procesu terapeutycznego. Zarówno związek z pomagającą osobą, jak i umacniające ten związek warunki leczenia, to pewne cechy relacji terapeutycznej. Wyjaśnienia i rytuały to pewne formy interwencji. Charakterystyka funkcji psychoterapii dokonana przez tego autora dostarcza z kolei opisu, który możemy odnieść do szczegółowych czynników terapeutycznych, przy czym można się zastanawiać, na ile ten opis jest pełny. W charakterystyce tej akcentowana jest również rola procesów uczenia się, zwłaszcza przy nabywaniu nowych informacji, nabywaniu nowych, skutecznych sposobów radzenia sobie z problemami oraz korektywnych doświadczeń emocjonalnych.

W klasyfikacji zaproponowanej przez F. Torreya, głównie mamy do czynienia z trzema aspektami procesu psychoterapii, tj. z kategorią czynników, interwencji i związku terapeutycznego, podobnie jak i w analizach S. Garfielda, a także w propozycjach S. Kratochvila oraz Z. Sokolika.

Klasyfikacja R. Harpera również dotyka trzech aspektów tego procesu, tyle że tym razem obok elementarnych czynników terapeutycznych (pozytywna samoocena, realistyczne sposoby radzenia sobie z sytuacją, realistyczne przekonania) oraz interwencji (różne formy wsparcia, koncentracja uwagi pacjenta na aktualnych problemach), pojawia się kategoria związana z mocno akcentowanym przez autora ogólnym rozumieniem procesu zmiany jako procesu uczenia się.

W przypadku modelu D.E. Orlinsky'ego i K.I. Howarda, wymienione tam pierwsze dwie kategorie, tj. kontekst społeczny i kulturowy psychoterapii wraz z indywidualnymi cechami pacjenta i terapeuty oraz kontrakt terapeutyczny, wraz z kategorią ostatnią (związek terapeutyczny), należy traktować jako rozwinięcie różnych aspektów relacji terapeutycznej. Relacja ta powstaje bowiem na bazie społecznego i kulturowego kontekstu psychoterapii, stanowiąc wypadkową indywidualnych właściwości pacjenta i terapeuty, włączając w to jego profesjonalne przygotowanie. Mieści w sobie także ustalenia kontraktu terapeutycznego. Natomiast interwencje terapeutyczne pokrywają się z kategorią zawartą w mojej propozycji. Brakuje więc jedynie kategorii elementarnych czynników terapeutycznych oraz kategorii uczenia się.

Czynniki wyróżnione przez M. Lamberta i A. Bergina bez trudu można zaliczyć do kategorii elementarnych czynników wspólnych i kategorii związku terapeutycznego.

W modelu J. Prochaski charakterystyka dotyczy przede wszystkim czynników elementarnych, z wyjątkiem relacji pomagania oraz uczenia się.

Czynniki wymieniane przez B. Killingmo w zasadzie należą tylko do jednej kategorii – kategorii czynników terapeutycznych *sensu stricto*. Pewien wyjątek stanowi jedynie gratyfikacja potrzeb pacjenta, którą w psychoterapii specjalistycznej można traktować jako pewien aspekt relacji terapeutycznej związany z pozytywnym przeniesieniem, natomiast w komunikacji terapeutycznej należy odnieść do ogólnych celów niesionej pomocy.

Podobnie jest z czynnikami wymienionymi przez W. Schofielda, z których *katharsis* należałoby zaliczyć do czynników elementarnych, a uczenie się do kategorii określonej jako całościowa interpretacja procesu terapeutycznego.

Natomiast czynniki wymieniane przez S. Rosenzweiga dotyczą wyłącznie kategorii elementarnych, wspólnych czynników psychoterapii, podobnie jak czynniki wymienione przez T. Karasu.

Jak wynika z powyższego omówienia, zaproponowany przeze mnie model okazuje się dość funkcjonalny i może służyć jako narzędzie porządkujące i ułatwiające analizę literatury poświęconej czynnikom wspólnym. Poniżej przedstawiam wynik analizy, dokonanej za pomocą eliminacji z list czynników wymienianych w cytowanych wcześniej pracach tych, które nie mieszczą się w kategorii czynników elementarnych w przyjętym wcześniej rozumieniu, a więc należą do kategorii interwencji terapeutycznych, kategorii związku terapeutycznego bądź kategorii całościowych interpretacji procesu psychoterapii.

Czynniki terapeutyczne wymieniane w pracach analizowanych autorów, jakie pozostały po przeprowadzeniu opisanej eliminacji i połączeniu czynników o zbliżonym charakterze, to (kolejność bez znaczenia):

- **Nadzieja** – nadzieja, oczekiwania uzyskania skutecznej pomocy, pozytywne oczekiwania, wiara w terapeutę i metodę leczenia, optymizm, pozytywna autosugestia (S. Rosenzweig, J. Frank, S. Garfield, F. Torrey).

- **Poszerzenie świadomości** – nowa wiedza, nowy sposób widzenia świata i samego siebie, nowa interpretacja sytuacji, nowa, konstruktywna perspektywa spojrzenia na swe emocje i trudności w kontaktach z innymi, poszerzenie świadomości, zmiana oceny siebie, zmiana oceny otoczenia, nowe, wiarygodne wytłumaczenie objawów i sposobów ich usunięcia, poczucie rozumienia swych zaburzeń, poczucie rozumienia sytuacji, kontrola poznawcza, nazwanie choroby lub cierpienia, zrozumienie niejasnych i niepokojących aspektów siebie, samopoznanie, wgląd (Cz. Czabała, S. Rosenzweig, J. Frank, R. Harper, J. Prochaska, S. Kratochvil, T. Karasu, F. Torrey, S. Garfield, M. Lambert, Z. Sokolik, B. Killingmo).

- **Poczucie mocy osobistej** – poczucie własnej siły, sprawności i kontroli, doświadczenie możliwości zmiany zachowania, pozytywna samoocena, poczucie własnej wartości, poczucie siły wewnętrznej, wzmocnienie kontroli (J. Frank, T. Karasu, R. Harper, J. Prochaska, a pośrednio także S. Kratochvil i Z. Sokolik, kiedy podkreślają rolę takich interwencji, jak wzmacnianie pacjenta i podnoszenie na duchu oraz rolę jego autonomii i niezależności).

- **Emocjonalna mobilizacja i zaangażowanie** – stosowny poziom emocjonalnego napięcia, doświadczanie emocji (J. Frank, T. Karasu, Cz. Czabała).

- **Odreagowanie** – *katharsis*, odreagowanie, wentylacja, emocjonalna ulga (W. Schofield, S. Garfield, M. Lambert, A. Bergin, Z. Sokolik, B. Killingmo, S. Krato-

chvil, Cz. Czabała, J. Prochaska, a pośrednio także F. Torrey, gdy podkreśla zawarty w wywiadzie element spowiedzi).

– **Korektywne doświadczenie emocjonalne** – doświadczenie niepotwierdzające negatywnych oczekiwań i szkodliwych schematów przeżywania, a przez to doprowadzające do ich zmiany, doświadczenie emocjonalne sprzyjające uczeniu się nowych sposobów reagowania i przeżywania, doświadczenie emocjonalne modyfikujące dotychczasowe schematy widzenia siebie i świata, przeżywania i reagowania, (J. Frank, Z. Sokolik, B. Killingmo, Cz. Czabała).

– **Poczucie kontaktu z innymi** – poczucie kontaktu, poczucie więzi z innymi, poczucie przynależności (J. Frank, J. Prochaska).

– **Poczucie wsparcia ze strony innych** – poczucie zrozumienia i wsparcia, poczucie bycia rozumianym, doświadczenie pozytywnego związku z terapeutą (R. Harper, M. Lambert i A. Bergin, J. Prochaska, a pośrednio, poprzez akcentowanie roli relacji terapeutycznej oraz interwencji o wspierającym charakterze, także J. Frank, S. Garfield, F. Torrey, Z. Sokolik, B. Killingmo, Cz. Czabała).

– **Identyfikacja z terapeutą** – konstruktywne wzorce identyfikacyjne (M. Lambert i A. Bergin, Z. Sokolik, B. Killingmo).

– **Konfrontacja z rzeczywistością** – realistyczne spojrzenie na sytuację, konfrontacja z problemem, konstruktywne stawianie czoła problemowi, redukcja nierealistycznych lęków, uczenie się realistycznych sposobów radzenia sobie z sytuacją, rezygnacja z nierealistycznych pragnień (S. Kratochvil, R. Harper, J. Prochaska).

Jak widać, przeprowadzona analiza doprowadziła do zidentyfikowania 10 podstawowych, wspólnych czynników terapeutycznych. Czynniki znajdujące się na aktualnie otrzymanej liście można określić jako zestaw zasobów osobistych albo sił wewnętrznych, wyrażających się w konstruktywnym sposobie doświadczania siebie i swej sytuacji.

Pozytywne doświadczenie wewnętrzne, o którym jest tu mowa, może akcentować aspekt emocjonalny i taki właśnie charakter ma zdecydowana większość wyodrębnionych czynników (np. poczucie wsparcia ze strony innych, poczucie mocy osobistej, emocjonalna mobilizacja, odreagowanie, korektywne doświadczenie emocjonalne, poczucie kontaktu z innymi, identyfikacja z terapeutą) lub aspekt poznawczy (nowa wiedza – poszerzenie świadomości), a także odzwierciedlać zawarty w nim element behawioralny, związany choćby z poczuciem posiadania nowych umiejętności zdobytych podczas psychoterapii.

Niektóre z czynników, takie jak nadzieja lub konfrontacja z rzeczywistością akcentują jednocześnie dwa lub nawet trzy wymienione aspekty. W przypadku czynnika nadziei mamy bowiem do czynienia zarówno z aspektem emocjonalnym (uczucie nadziei), jak i poznawczym (pozytywne oczekiwania wobec przyszłości), a w przypadku konfrontacji z rzeczywistością zarówno z aspektem poznawczym (realistyczne spojrzenie na sytuację), jak i emocjonalnym (rezygnacja z nierealistycznych pragnień) oraz aspektem behawioralnym (reagowanie w sposób realistyczny w trudnej sytuacji). Aspekt behawioralny posiada ponadto wiele innych czynników, takich jak choćby odreagowanie czy korektywne doświadczenie emocjonalne.

Omawiając główne aspekty wspólnych, elementarnych czynników terapeutycznych otrzymanych w wyniku dotychczasowej analizy, chciałbym zasygnalizować pewną, nieco bardziej szczegółową kwestię. Chociaż posiadanie stosownych umiejętności zwiększa potencjalne możliwości pacjenta w lepszym radzeniu sobie z istniejącą sytu-

acją, to najważniejszy w tym względzie wciąż pozostaje stan jego umysłu, czyli stosowane przez niego, osobiste schematy myślenia i przeżywania. Dopóki nie dojdzie do integracji nowych informacji, doświadczeń i umiejętności z głębszymi strukturami indywidualnego doświadczenia i nowa wiedza nie zostanie przez te struktury zasymilowana, odpowiednio je przekształcając w procesie akomodacji, dopóty nowe informacje i umiejętności, choć potencjalnie dostępne, nie będą w pełni wykorzystane albo w ogóle nie zostaną użyte. Do zjawiska tego nawiązuje stosowane czasem w psychologii rozróżnienie pomiędzy wiedzą „zimną” a „gorącą”.

Mamy tu do czynienia z dwoma różnymi, choć powiązаныmi z sobą wymiarami, tj. wymiarem subiektywnego doświadczenia oraz wymiarem obiektywnie posiadanej wiedzy i umiejętności. Dopóki zasobom posiadanych umiejętności nie towarzyszą odpowiednie zasoby dotyczące poczucia mocy osobistej, jak np. pozytywna samoocena czy przekonanie o własnej skuteczności, dopóty istnieje małe prawdopodobieństwo efektywnego ich wykorzystania. Lepsze wyniki daje czasem sytuacja odwrotna, w której przekonanie o swych umiejętnościach i towarzyszące temu nastawienie uczuciowe przekracza faktycznie posiadane zdolności. Zasada ta znajduje dziś dość powszechny wyraz w propagowanym szeroko myśleniu pozytywnym (por. Hull, 1995; Mc Ginnis, 1993; 1997; Peale, 1996; Seligman, 1993).

Konfrontując wyniki przeprowadzonej analizy literatury dotyczącej psychoterapii z tym, co może wnieść do niej lektura prac z zakresu pomocy psychologicznej i poradnictwa psychologicznego, należy stwierdzić, że ta ostatnia grupa prac, w sposób szczególny akcentująca rolę kontaktu terapeutycznego oraz interwencji terapeutycznych, pozostawia w cieniu problem wspólnych czynników terapeutycznych (por. Brammer, Shostrom, 1960; Brammer, Abrego, Shostrom, 1993; Carkhuff, 1971; 1987; Egan, 1986; Heron, 1993; Ivey, Simek-Downing, 1980; Kanfer, Goldstein, 1986; Murgatroyd, 1995; Nelson-Jones, 1988; Perlman, 1979; Rogers, 1951; 1961; 1973; 1991). Nie wnosi tym samym niczego nowego do uzyskanej dotąd listy czynników.

Aby sprawdzić i uzupełnić otrzymaną w wyniku dotychczasowej analizy listę czynników terapeutycznych, należy ją jeszcze skonfrontować z listą zasobów indywidualnych, otrzymaną z przeglądu zasobów omawianych w rozdziale pierwszym. Zostały tam wymienione takie rodzaje zasobów wewnętrznych, jak:

- poczucie osobistej kontroli nad sytuacją (poczucie osobistego wpływu i panowania nad sytuacją – kontrola behawioralna, poczucie zrozumiałości – kontrola poznawcza, wewnętrzne źródło kontroli i wzięcie osobistej odpowiedzialności za podejmowane działania),
- poczucie sensu (nadawanie sensu doświadczeniom, spostrzeganie krytycznych sytuacji jako sensownych w kontekście własnego życia i doświadczeń, poczucie sensowności, zaangażowanie się w realizację ważnych wartości, działanie z przekonaniem o znaczeniu i sensie tego, co się robi),
- poczucie własnej skuteczności (uogólniona, pozytywna ocena własnych umiejętności radzenia sobie w określonych sytuacjach, poczucie zaradności),
- pozytywna samoocena i poczucie własnej wartości (akceptacja siebie i własnego życia, pozytywna samoocena, poczucie wartości własnego ja),
- możliwość emocjonalnej ekspresji (emocjonalne oczyszczenie, rozładowanie emocji, uzyskanie zrozumienia i potwierdzenia, że przeżywane uczucia są naturalne i właściwe, ułatwienie przewartościowania stresujących zdarzeń),
- poczucie humoru (uzyskanie szczególnej perspektywy, pewnego dystansu psy-

chologicznego wobec negatywnych doświadczeń życiowych, pomniejszanie ich znaczenia, akceptacja trudności i swoisty rodzaj wybaczenia, wyjście poza aktualne położenie życiowe, ułatwianie kontaktów społecznych i uzyskania wsparcia, swoisty sposób odreagowania),

- optymizm (pozytywne oczekiwania dotyczące skutków własnego działania oraz przyszłości),

- asertywność (adekwatne i pełne wyrażanie siebie przy poszanowaniu innych ludzi, umiejętności i przekonania związane z obroną własnych praw jako osoby, poczuciem własnej wartości oraz poczuciem własnej skuteczności).

Wymienione powyżej zasoby indywidualne w części pokrywają się z dotychczas wyłoniłymi czynnikami, poszerzając nieco ich interpretację, a w części uzupełniają opracowaną już listę o czynniki, które dotąd się na niej nie pojawiły, takie jak poczucie sensu, poczucie humoru i asertywność, choć w tym ostatnim przypadku wydaje się słuszne, by włączyć ją w zakres czynnika określonego wcześniej mianem poczucia mocy.

Nasuwa się w tym miejscu uwaga dotycząca wręcz zadziwiającej odpowiedniości procesów i zjawisk, opisywanych z jednej strony w psychoterapii pod pojęciem czynników terapeutycznych, a z drugiej w psychologii zdrowia pod pojęciem zasobów osobistych lub moderatorów stresu. Zgodność ta w pełni potwierdza słuszność interpretacji, zgodnie z którą wspólne czynniki terapeutyczne można traktować jako pewien rodzaj psychicznych zasobów pacjenta, które psychoterapia usiłuje pobudzić lub re-staurować. W obu przypadkach mówi się o tym samym, choć z nieco innego punktu widzenia. Połączenie obu perspektyw i próba ich integracji wydaje się więc przedsięwzięciem w pełni uzasadnionym i obiecującym.

Próbą taką jest obecna synteza cytowanej wcześniej listy czynników wspólnych z listą zasobów indywidualnych. Dzięki temu zabiegowi zestaw czynników terapeutycznych został nieco poszerzony, a ich charakterystyka w niektórych przypadkach uległa drobnym modyfikacjom. Obecna wersja listy wspólnych czynników terapeutycznych wygląda więc następująco (kolejność bez znaczenia):

Wspólne czynniki terapeutyczne

- **Nadzieja** – nadzieja, oczekiwania uzyskania skutecznej pomocy, pozytywne oczekiwania dotyczące skutków własnego działania oraz przyszłości, wiara w terapeutę i metodę leczenia, optymizm, pozytywna autosugestia.

Istotę tego czynnika da się określić jako pozytywne oczekiwania (oczekiwania spełnienia pragnień, optymistyczne oczekiwania) oraz towarzyszące tym oczekiwaniom pozytywne emocje. Niektóre z używanych terminów akcentują bardziej aspekt poznawczy, a inne emocjonalny tego czynnika.

- **Poszerzenie świadomości** – nowa wiedza, samopoznanie, wgląd, zrozumienie niejasnych i niepokojących aspektów siebie, zmiana oceny siebie, nowa, konstruktywna perspektywa spojrzenia na swe emocje i trudności w kontaktach z innymi, nowy sposób widzenia świata i samego siebie, nowa interpretacja sytuacji, zmiana oceny otoczenia, kontrola poznawcza (wiarygodne wytłumaczenie objawów i sposobów ich usunięcia, poczucie rozumienia swych zaburzeń, poczucie rozumienia sytuacji, nazwanie choroby lub cierpienia).

Czynnik ten, jak łatwo się zorientować chociażby z mnogości stosowanych wobec niego określeń, jest wieloaspektowy i obszerny. Jego istotą zdaje się być poznanie i zrozumienie, dotyczące w sumie aż trzech obszarów, w różnym stopniu akcentowanych przez różnych autorów i różne koncepcje psychoterapeutyczne. Te trzy obszary poznania to zrozumienie siebie (zależności intrapsychiczne – wgląd), zrozumienie innych (zależności interpersonalne) lub lepsze zrozumienie swej aktualnej, związanej z chorobą, sytuacji (wy tłumaczenie objawów, nazwanie choroby, wyjaśnienie procedury postępowania leczniczego, potrzebne informacje na temat pożądanych zachowań w trakcie leczenia itp.).

Nowa wiedza może być uzyskana albo w drodze dopływu nowych informacji z zewnątrz, albo w drodze nowej interpretacji informacji już posiadanych (nowa perspektywa spojrzenia, nowa interpretacja sytuacji, zmiana oceny siebie, zmiana oceny innych, zmiana ram odniesienia itp.), co zresztą również wymaga pewnego impulsu, na ogół płynącego z zewnątrz. Jak się wydaje, pełni ona terapeutyczną funkcję wówczas, jeśli posiada choćby jedną z poniżej wymienionych właściwości: redukuje niepewność, wzmacnia poczucie kontroli i panowania nad sytuacją (związek z czynnikiem mocy osobistej), umożliwia bardziej optymistyczną ocenę sytuacji albo jej realistyczną ocenę bądź stwarza podstawy do bardziej skutecznych działań. Różne określenia odnoszące się do tego czynnika akcentują w różnym stopniu te cechy.

- **Poczucie mocy osobistej** – *pozytywna samoocena, poczucie własnej wartości (akceptacja siebie i własnego życia, poczucie siły wewnętrznej, poczucie własnej sprawności, poczucie własnej skuteczności – uogólniona pozytywna ocena radzenia sobie w określonych sytuacjach, poczucie osobistego wpływu i panowania nad sytuacją, doświadczenie możliwości zmiany zachowania – kontrola behawioralna), wewnętrzne źródło kontroli i wzięcie odpowiedzialności za podejmowane działania (poczucie sprawstwa), asertywność (zdolność do wyrażania siebie, przy poszanowaniu innych ludzi, posiadanie przekonań związanych z nieagresywną obroną własnych praw jako osoby).*

Istota tego czynnika zdaje się łączyć z różnymi wymiarami pozytywnej samooceny i związanej z nią postawy uczuciowej wobec siebie, którą można określić jako poczucie własnej wartości, wiary w siebie i we własne siły, poczucie siły wewnętrznej, posiadanych możliwości, własnej sprawności i skuteczności, poczucie posiadania spraw pod swoją kontrolą. Można przyjąć, że pozytywna samoocena dotycząca posiadanych umiejętności wyzwała pozytywną postawę uczuciową, nawet jeśli rzeczywiście posiadane przez jednostkę umiejętności takiej oceny nie uzasadniają.

- **Emocjonalna mobilizacja i zaangażowanie** – *stosowny poziom emocjonalnego napięcia, doświadczanie mobilizujących emocji.*

Istotą tego czynnika jest nie tyle samo napięcie emocjonalne, co, jak sugeruje jego nazwa, pozytywne zaangażowanie emocjonalne. Wydaje się, że termin „wysoka, pozytywna motywacja” byłby tu również odpowiedni, chociaż określenie takie nie pada wprost w cytowanych pracach.

- **Odreagowanie** – *katharsis, odreagowanie, wentylacja, emocjonalna ulga, ekspresja emocjonalna, emocjonalne oczyszczenie, rozładowanie emocji, uzyskanie zrozumienia i potwierdzenia, że przeżywane uczucia są naturalne i właściwe.*

Jest to czynnik pojawiający się często w pracach dotyczących omawianego tematu, co do którego większość autorów jest zgodna w interpretacjach, a używane określenia są stosunkowo bliskoznaczne. Akcentują one oczyszczającą i uzdrawiającą rolę uze-

wnętrznienia emocji, dokonującego się w pewnych szczególnych warunkach, jakie stwarza relacja terapeutyczna. Podstawowym, terapeutycznym efektem jest rozładowanie nagromadzonego napięcia, a także uzyskanie potwierdzenia, że przeżywane uczucia są naturalne i właściwe.

- **Korektywne doświadczenie emocjonalne** – *doświadczenie niepotwierdzające negatywnych oczekiwań i szkodliwych schematów przeżywania, a przez to doprowadzające do ich zmiany, doświadczenie emocjonalne sprzyjające uczeniu się nowych sposobów reagowania i przeżywania, modyfikujące dotychczasowe schematy widzenia siebie i świata, przeżywania i reagowania.*

Istota tego czynnika łączy się z obecnością ważnych, emocjonalnych doświadczeń, które są w stanie zmienić dotychczasowe, wadliwe schematy myślenia, przeżywania i zachowania u pacjenta.

- **Poczucie kontaktu z innymi** – *poczucie pozostawania w kontakcie z innymi, poczucie więzi z innymi, poczucie przynależności.*

Czynnik ten akcentuje terapeutyczną rolę kontaktów z innymi ludźmi, bez względu na ich charakter czy formę.

- **Poczucie wsparcia ze strony innych** – *poczucie zrozumienia i wsparcia, poczucie bycia rozumianym, doświadczenie pozytywnego związku z terapeutą.*

Z kolei ten czynnik akcentuje terapeutyczne znaczenie kontaktów o wspierającym charakterze, nasyconych życzliwymi i pozytywnymi emocjami, dających pacjentowi poczucie zrozumienia i akceptacji.

- **Identyfikacja z terapeutą**

Czynnik ten wymieniany przez terapeutów o psychoanalitycznej orientacji również podkreśla terapeutyczną rolę pozytywnego związku z terapeutą, tyle że kładzie większy nacisk na rolę nieświadomych procesów wzmacniających poczucie siły pacjenta, co, jak się wydaje, stanowi o istocie jego terapeutycznego działania. Dlatego też może być traktowany jako jeszcze jeden, dodatkowy aspekt czynnika określonego wcześniej mianem poczucia mocy osobistej.

- **Konfrontacja z rzeczywistością** – *konfrontacja z problemem, realistyczne spojrzenie na sytuację, redukcja nierealistycznych lęków, uczenie się realistycznych sposobów radzenia sobie z sytuacją, rezygnacja z nierealistycznych pragnień.*

Czynnik ten wiąże się głównie z akceptacją rzeczywistości, przy czym wydaje się mieć trzy aspekty. Pierwszy z nich to aspekt poznawczy, wyrażający się adekwatną percepcją rzeczywistości, drugi, emocjonalny polega na akceptacji rzeczywistej sytuacji, chociaż może odbiegać ona znacznie od potrzeb i pragnień pacjenta, a trzeci to aspekt behawioralny, wyrażający się zachowaniem dostosowanym do cech realnej sytuacji oraz nieunikaniem informacji konfliktowych.

- **Poczucie sensu** – *nadawanie sensu swym doświadczeniom, spostrzeganie krytycznych sytuacji jako sensownych w kontekście własnego życia i własnych doświadczeń, poczucie zaangażowania się w realizację ważnych wartości, działanie z przekonaniem o sensie i znaczeniu tego, co się robi.*

- **Poczucie humoru** – *wesoły nastrój, sposób na ułatwienie kontaktów społecznych i uzyskanie wsparcia, swoisty sposób odreagowania, wyjście poza aktualne położenie życiowe i uzyskanie szczególnej perspektywy dystansu psychologicznego wobec negatywnych zdarzeń, pomniejszanie ich znaczenia, akceptacja trudności i swoisty rodzaj wybaczenia.*

W tym przypadku znów mamy do czynienia z kilkoma wymiarami tego, zdawałoby się skądinąd, prostego czynnika. Z jednej strony, chodzi tu o terapeutyczną funkcję śmiechu jako sposobu odreagowania, z drugiej o terapeutyczną funkcję dobrego nastroju a także ułatwienie kontaktów społecznych, z trzeciej o uzyskanie poprzez żart pewnego dystansu wobec przykrych zdarzeń i pomniejszenie ich znaczenia, a z czwartej o ich akceptację i łączące się z tym wybaczenie (asymilacja przykrego doświadczenia).

Jak widać, przeprowadzona analiza doprowadziła w sumie do zidentyfikowania dwunastu podstawowych, wspólnych czynników terapeutycznych. Lista ta, po konfrontacji z wynikami jeszcze jednej analizy uwzględniającej czynniki, na które wskazuje literatura dotycząca psychoterapii grupowej, stanowi podstawę pełnej, syntetycznej propozycji klasyfikacji czynników terapeutycznych, czyli wewnętrznych zasobów pacjenta, uruchamianych w procesie psychoterapii niezależnie od jej specyficznych form, metod czy podejść. Po uwzględnieniu możliwości aktywizacji opisanych czynników, w specyficznej formule profesjonalnego kontaktu pacjent – lekarz /pielęgniarka/ rehabilitant, tworzy bazę dla działań podejmowanych w ramach komunikacji terapeutycznej.

ROZDZIAŁ 3

CZYNNIKI TERAPEUTYCZNE W PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ

Włączenie czynników terapeutycznych opisywanych w psychoterapii grupowej do rozważań mających mieć zastosowanie w komunikacji terapeutycznej może budzić pewne zdziwienie, jako że w tej ostatniej chodzi głównie o kontakt indywidualny. Należy jednak wziąć pod uwagę trzy okoliczności uzasadniające takie posunięcie.

Po pierwsze, większość czynników działających w grupie terapeutycznej to czynniki aktywne również w kontakcie indywidualnym. Grupa tworzy jedynie szczególne warunki dla ich stymulacji i rozwoju. Wyjątkiem mogą być nieliczne czynniki zależne wyłącznie od procesów grupowych, takie jak np. spójność grupy, ale te w sposób oczywisty zostaną pominięte przy tworzeniu ostatecznej listy interesujących nas czynników.

Po drugie, prace na temat czynników terapeutycznych w psychoterapii grupowej przynoszą szczególnie wiele interesującego i cennego materiału, tym bardziej, że to w zasadzie prace tego właśnie nurtu zapoczątkowały zainteresowanie czynnikami terapeutycznymi, a następnie dalszy, burzliwy rozwój tej problematyki. Podkreślenia wymaga ponadto fakt, że klasyfikacje czynników terapeutycznych działających w psychoterapii grupowej dostarczają stosunkowo najbogatszej charakterystyki tych czynników.

Po trzecie, konfrontując opracowaną już listę czynników z kolejnymi czynnikami wyłoniłymi z analiz dotyczących psychoterapii grupowej, możemy wzbogacić zebrany materiał, uzyskując jednocześnie, poprzez kolejne potwierdzenia powtarzających się czynników, pełniejszą obiektywizację tej listy.

3.1. Pierwsze próby systematyzacji

W zasadzie pierwszym, który w rozwiniętej formie opisał działanie czynnika terapeutycznego o charakterze grupowym, i to jeszcze przed pojawieniem się tego pojęcia, był Joseph Pratt, któremu czasem przypisuje się rolę ojca psychoterapii grupowej. Jako lekarz był on szczególnie zainteresowany biologicznymi metodami leczenia gruźlicy, lecz dostrzegał pozytywną rolę, jaką w leczeniu mogą odegrać psychologiczne procesy o charakterze grupowym. Podkreślając rolę wsparcia i dodawania odwagi, jako

jeden z pierwszych, na początku naszego stulecia opisał czynnik nazwany później wzbudzaniem nadziei (*instalation of hope*). Wykorzystywany przez niego psychologiczny element terapii polegał na tym, że każdy nowy pacjent, a zarazem uczestnik spotkań grupowych, słuchał, jak „doświadczony” pacjent, cieszący się wysoką pozycją w grupie, przedstawia z entuzjazmem i przekonaniem korzyści odniesione dzięki metodzie doktora Pratta (cyt. za Bloch, Crouch, 1985).

W latach dwudziestych wraz z pierwszymi próbami wykorzystania psychoanalizy w terapii grupowej T. Burrow zwrócił uwagę na dwa dalsze czynniki, które później zyskały nazwę pośredniego uczenia się (*vicarious learning*) oraz uniwersalizacji (*universalization*). W pierwszym przypadku – pośredniego uczenia się, chodziło o korzyści, jakie pacjent odnosi dzięki obserwowaniu zachowania innych uczestników grupy. W drugim – uniwersalizacji, chodziło o dostrzeżenie przez pacjenta, że podobne problemy, jakie ma on, mają i inni, a więc że jego problemy nie są wcale wyjątkowe (op. cit.). Nieco później L. Wender, autor o podobnej, co T. Burrow, psychoanalitycznej orientacji, zidentyfikował kolejne cztery czynniki, takie jak intelektualizacja, czyli prowadzące do wzrostu samoświadomości zrozumienie przez pacjenta swych emocjonalnych reakcji, uspołecznienie, stanowiące efekt wzajemnego wpływu członków grupy na siebie, *katharsis* związane z problematyką rodzinną możliwą do odtworzenia w grupie (*catharsis in the family*) oraz interakcję jako proces sprzyjający zmianie spojrzenia na swą sytuację i zachowanie (op. cit.).

Omawiając sytuację w psychoterapii grupowej, jaka powstała po drugiej wojnie światowej w związku z burzliwym rozwojem psychoanalizy, S. Bloch i E. Crouch (op. cit.) podkreślają szczególnie cztery nazwiska psychoanalityków, którzy oprócz innych dokonań, wnieśli znaczący wkład w problematykę czynników terapeutycznych pojawiających w psychoterapii grupowej. Chodzi tu o S. Slavsona, A. Wolfa, S. Foulkesa i W. Biona. S. Slavson wyodrębnił 5 czynników, takich jak przeniesienie, *katharsis*, wgląd, testowanie realności (*reality testing*) i sublimację. Jego zdaniem, czynniki te miały ten sam charakter, co identyczne czynniki występujące w terapii indywidualnej. W przeciwieństwie do Slavsona, S. Foulkes był pod dużym wrażeniem znaczenia specyfiki procesów grupowych. Dlatego wyodrębnione przez niego czynniki noszą wyraźne znamiona właśnie tych procesów. Są to: akceptacja (uczestnicy grupy czują się wzajemnie rozumiani i równi sobie), uniwersalizacja (uczestnicy doświadczają, że inni mają takie same zakazane pragnienia i lęki), uczenie zastępcze (pacjenci odnoszą korzyści przez identyfikowanie się z pozytywnymi cechami innych osób obserwowanych w grupie), kierowanie (jako efekt wymiany instrukcji, wyjaśnień i informacji) oraz aktywizacja grupowej nieświadomości (proces grupowy stymulujący swobodne skojarzenia). Do osiągnięć S. Foulkesa zaliczyć ponadto należy to, że wyróżnił on dwie ogólne kategorie czynników terapeutycznych. Chodzi tu o kategorię czynników typowo analitycznych, wynikających z działania procesów przeniesieniowych w grupie (które, jego zdaniem, mają podstawowe znaczenie dla powodowania zmiany) oraz kategorię czynników o charakterze wspierającym, do których zaliczył wzmacnianie (*encouragement*), wsparcie (*support*) i uspokojenie (*reassurance*). W. Bion z kolei rozwinął wiele wnoszącą ideę kontenerowania negatywnych uczuć pacjenta przez terapeutę.

Lata pięćdziesiąte charakteryzowało stosunkowo niewielkie zainteresowanie problemem czynników terapeutycznych o charakterze grupowym. Ponownie zyskał on olbrzymie zainteresowanie teoretyków i badaczy w latach sześćdziesiątych i siedem-

dziesiątych. Zainteresowanie to trwało do lat osiemdziesiątych, a następnie znów znacznie zmalało. Jak się wydaje, przyczyniło się do tego pewne rozczarowanie płynące stąd, że ani poszczególne klasyfikacje, ani badania empiryczne dotyczące poszczególnych czynników, nie spowodowały zasadniczego przewrotu ani w teorii, ani w praktyce psychoterapeutycznej. Nie doprowadziły także do stworzenia i przyjęcia jednej, powszechnie uznanej klasyfikacji, ani do jednoznacznej interpretacji (charakterystyki) poszczególnych czynników terapeutycznych. Pomimo to badania te, podobnie jak kliniczne i teoretyczne analizy czynników działających w psychoterapii grupowej, nie były całkiem bez znaczenia. Pogłębiły rozumienie wielu istotnych mechanizmów zmiany zachodzącej w pacjentach podczas terapii oraz stworzyły teoretyczną podstawę do licznych badań w tej niezwykle złożonej i metodologicznie trudnej do podjęcia problematyce. Co więcej, stworzyły teoretyczną podstawę dla umacniającego się ruchu integracyjnego, dążącego do wiązania rozproszonych faktów i twierdzeń poszczególnych szkół psychoterapeutycznych, zwykle z zacięłością broniących swych pozycji, w jedną sensowną całość.

Pomimo spadku liczby prac bezpośrednio poświęconych czynnikom terapeutycznym działającym w psychoterapii, tematyka ta wciąż reprezentowana jest w literaturze i co jakiś czas pojawiają się nowe propozycje klasyfikacji oraz opisu poszczególnych czynników (por. Czabała, 1997; Fuhrman, Burlingame, 1990; Schneider-Correy i Correy, 1995).

W poszukiwaniu czynników wspólnych, mogących mieć zastosowanie w komunikacji terapeutycznej, przyjrzyjmy się kilku wybranym, klasycznym propozycjom klasyfikacji czynników terapeutycznych, jakie przynosi literatura dotycząca psychoterapii grupowej.

Z ogromnej liczby prac poświęconych omawianemu zagadnieniu wybrałem trzy, moim zdaniem, najbardziej reprezentatywne, które mogą stanowić dobry przykład dotychczasowych prób konceptualizacji i porządkowania omawianej problematyki, a zarazem twórczej syntezy wcześniejszych analiz, obserwacji i badań. Są to obszerne opracowania, w całości poświęcone problematyce czynników terapeutycznych, które można uznać za klasyczne próby podsumowania dotychczasowych osiągnięć na tym polu, jeżeli chodzi o psychoterapię grupową. Należą do nich prace R. Corsiniego i B. Rosenberg (1955), I. Yaloma (1985) oraz S. Blocha i E. Croucha (1985).

3.2. Klasyfikacja R. Corsiniego i B. Rosenberg

W zasadzie pierwszą, systematyczną i powiązaną z krytyczną oceną dotychczasowych działań w tym zakresie, teoretyczną refleksją dotyczącą czynników występujących w terapii grupowej, stała się często potem cytowana praca R. Corsiniego i B. Rosenberg (1955; por. też Corsini, 1957). Obszerne i wnikliwy przegląd różnych prac dotyczących mechanizmów działających w psychoterapii grupowej, dokonany przez wymienionych autorów, którzy w sumie przeanalizowali aż 300 artykułów na ten temat, doprowadził ich do ustalenia listy 166 różnych mechanizmów, na które powoływano się w analizowanych pracach. Na drodze dalszej analizy mającej charakter „semantycznej analizy czynnikowej” R. Corsini i B. Rosenberg dotarli do 9 zasadniczych czynników, które następnie przypisali do trzech, jeszcze szerszych kategorii

(wymiarów). Te dziewięć, opisanych przez nich niezależnych czynników, to: akceptacja, altruizm, przeniesienie, terapia poprzez rolę widza, uniwersalizacja, intelektualizacja, testowanie realności, wentylacja i interakcja. Ponadto cytowani autorzy wyodrębnili również siedem dodatkowych kategorii, takich jak sugestia, autorytet, rywalizacja, relaksacja, napięcie, dzielenie się oraz uspokojenie.

I. Kategoria czynników o charakterze emocjonalnym (emotional factors)

1. Akceptacja (*acceptance*) (poczucie przynależności, poczucie bycia emocjonalnie wspieranym i akceptowanym przez grupę)

Istotne elementy znaczenia tego terminu, zdaniem autorów omawianej klasyfikacji, wyrażają się w takich określeniach, jak przyjazne otoczenie, bliskość, wspierająca relacja, identyfikacja z innymi, brak izolacji, tolerancja i zaufanie do pacjenta.

„Akceptacja wydaje się być poczuciem, że jednostka przynależy do grupy, że jest równym i wartościowym jej członkiem, oraz że inni członkowie grupy będą wyrażać i utrzymywać z nią przyjazne relacje. Rodzi się ona w grupie dzięki postawie terapeuty wobec jej członków” (Corsini, 1957, str. 40).

2. Altruizm (*altruism*) (poczucie bycia ważnym w życiu innych pacjentów, uzyskane dzięki byciu dla nich pomocnym i użytecznym)

Altruizm w ujęciu cytowanych autorów ma wiele wspólnego z akceptacją, ale idzie o krok dalej.

„Akceptacja implikuje pasywność: to jest tolerancję i lubienie; altruizm oznacza pomaganie drugiej osobie, pragnienie przezwyciężenia siebie dla korzyści kogoś innego. (...) Jest jasne dla czego altruizm jest tak ważnym aspektem psychoterapii grupowej. Jest tak, gdyż jest on przejawem miłości. Ktoś pragnie poświęcić swe egocentryczne upodobania dla kogoś drugiego” (op. cit., str. 40).

Uważne i pełne współczucia słuchanie, próby zrozumienia drugiej osoby, udzielanie pomocy przynoszącej jej korzyść, dodawanie odwagi i życzliwe radzenie jej i doradzanie są, zdaniem R. Corsiniego i B. Rosenberg, przejawami szeroko rozumianej miłości. Należy podkreślić, że terapeuta ponownie jest tu rozumiany jako model mogący zainicjować ten proces.

3. Przeniesienie (*transference*) (rozumiane tu jako silny, uczuciowy związek z terapeutą i/lub z innymi członkami grupy)

Cytując Sternbacha, R. Corsini (1957) porównuje przeniesienie do cementu wiążącego grupę, działającego dzięki emocjonalnemu przywiązaniu każdego z jej członków do lidera grupy. Autorzy klasyfikacji utożsamiają przeniesienie ze stałym przepływem emocjonalnego wsparcia wyrażającego się w takich określeniach, jak lubienie się, sympatia, wzajemna atrakcyjność czy wręcz miłość.

Wymienione wyżej trzy czynniki konstytuują, ich zdaniem, emocjonalny wymiar miłości, stanowiąc kolejne kroki w tym samym kierunku, dynamicznego rozwoju tego uczucia. Pierwszym krokiem jest postawa życzliwej tolerancji, drugim pragnienie uczynienia czegoś dla drugiej osoby, a trzecim, prawdziwie szczere, autentyczne uczucie miłości.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że omawiani autorzy stawiają terapię, w tym miejscu, wymóg rzeczywistego lubienia swych pacjentów, utożsamiając to z elementem jego profesjonalnej sprawności. Kwestia ta w psychoterapii jest bardzo dyskusyjna i brak jest powszechnej zgody na ten temat (por. Kokoszka, Motyka, 1993).

II. Kategoria czynników intelektualnych (*intellectual factors*)

4. Terapia poprzez przyjęcie roli widza (*spectator therapy*)

Pacjent odnosi znaczne korzyści również z obserwacji i słuchania innych członków grupy. Dzieje się to częściowo poprzez refleksję, a częściowo poprzez naśladowanie. Terapia poprzez przyjęcie roli widza jest złożonym procesem i ma, zdaniem autorów, charakter wybitnie aktywny. Jest pośrednim sposobem uczenia się (*vicarious learning*) wykorzystującym doświadczenia innych uczestników grupy. Obserwując, jak inni członkowie grupy zmieniają się i odnoszą korzyści, pacjent nabiera przekonania i odwagi, aby samemu podjąć próby, które, jak się już naocznie przekonał, innym się powiodły. W próbach tych ważnym elementem jest uwaga grupy ześrodkowana na pacjencie oraz na jego aktywności, co zwykle ma bardzo duże, emocjonalne znaczenie. Tu również zaznacza się istotna rola terapeuty, który może stworzyć korzystne warunki dla działania wymienionego czynnika, oferując członkom grupy swoją pełną i niepodzielną uwagę.

5. Uniwersalizacja (*universalization*)

Jest to uświadomienie sobie przez pacjenta, że nie różni się on tak bardzo od innych, a jego trudna sytuacja bynajmniej nie jest wyjątkowa, gdyż inni mają podobne trudności i kłopoty. Pojawia się wówczas u pacjenta uczucie rezonansu i współbrzmienia z innymi. W ten sposób dokonuje się odzyskanie przez niego poczucia łączności z całym ludzkim rodzajem, które jest istotą uniwersalizacji. Mechanizm uniwersalizacji jest, jak uważają cytowani autorzy, jednym z głównych mechanizmów psychoterapii grupowej.

Terapeuta może przyczynić się do uaktywnienia tego czynnika poprzez stworzenie warunków do swobodnej komunikacji w bezpiecznej atmosferze grupy, albo może bezpośrednio wskazywać na podobieństwa ujawnianych przez pacjentów problemów i uczuć.

6. Intelktualizacja (*intelektualization*)

Jest to proces uczenia się i zdobywania wiedzy potrzebnej do nowego rozumienia siebie i innych. Proces ten może mieć charakter autonomiczny, co oznacza dochodzenie do własnych konkluzji na drodze indywidualnych spostrzeżeń i przemyśleń, albo może być wynikiem informacji otrzymanych bezpośrednio od innych. W przypadku intelektualizacji chodzi nie tyle o uzyskanie nowych informacji przez pacjenta, co raczej o jego zdolność do zrozumienia tego, co być może wiedział już wcześniej, ale co dotąd w pełni do niego nie dotarło.

Jak podkreślają cytowani autorzy, wyżej wymienione trzy kolejne czynniki również można umieścić na pewnym wspólnym kontinuum, tym razem kontinuum poznania. Najpierw pacjent słucha i odbiera to, co mówią i co robią inni, potem zaczyna dostrzegać, że wcale się od innych tak bardzo nie różni, aż wreszcie zaczyna rozumieć samego siebie.

Terapeuta stymuluje te procesy, głównie poprzez tworzenie warunków ułatwiających komunikację w grupie.

O ile pierwsza grupa czynników, zdaniem R. Corsiniego (1957), wyraża nakaz „kochaj bliźniego”, o tyle druga wyraża się w zaleceniu „poznaj siebie”. Trzecia grupa z kolei dotyczy działania.

III. Kategoria czynników aktywności (*action factors*)

7. Testowanie realności (*reality testing*)

R. Corsini tak pisze o tym czynniku:

„Osoba, która trafia do grupy terapeutycznej, może, jak się to często dzieje, lizać swe rany i dzięki temu powoli przychodzić do siebie po traumie rzeczywistości. Może ona uzyskać za-
dośuczynienie za wyrządzoną jej szkodę dzięki społecznym warunkom, w których odnajdzie
miłość i zrozumienie. Jednak samo doświadczenie tych dobrych uczuć i uzyskanie lepszego zro-
zumienia może nie wystarczyć do wywołania zmiany. Potrzebne do tego są realne doświadczenia
w pomyślnych związkach z innymi” (op. cit., str. 44).

Grupa terapeutyczna dostarcza więc pacjentowi odpowiedniego terenu dla bez-
piecznych kontaktów społecznych, gdzie może on swobodnie badać i wypróbowywać
swe nowe możliwości, eksperymentować z nowymi sposobami wchodzenia w związki
z innymi i nowymi sposobami zachowania się w tych związkach.

Terapeuta uruchamia ten czynnik poprzez tworzenie i wzmacnianie relacji szacunku
i zaufania. Może to robić zarówno przez przyzwalanie pacjentowi na wyrażanie uczuć,
jak i przez odpowiednie ustrukturuwanie terapii, np. przez psychodramę, co ułatwia
wyrażenie pragnienia odczuwanego przez pacjenta.

8. Wentylacja (*ventilation*)

Jest to uwolnienie poprzednio wypartych uczuć i idei. Istotę tego czynnika, zdaniem
autorów, wyrażają również takie bliskoznaczne określenia, jak *katharsis*, emocjonalne
rozładowanie, wyrażenie wypartych pragnień, uwolnienie nieświadomego materiału,
werbalizacja ukrytych fantazji itp. Żle przystosowana osoba to ktoś, kto nie może swo-
bodnie i w pełni komunikować się z innymi, z powodu wypartych uczuć. W grupie
terapeutycznej wentylacja tych gdzie indziej zakazanych uczuć jest akceptowana,
omawiana i rozumiana. Chociaż, jak zauważają autorzy opisywanej klasyfikacji, wen-
tylacja sama przez się nie rozwiązuje problemów pacjenta, to jednak pozwala mu
uwolnić się od napięcia i zwrócić uwagę na dotychczas niedostrzegane aspekty świata
i siebie samego.

Terapeuta wzmacnia ten proces poprzez zainteresowanie i unikanie okazywania
dezaprobaty.

9. Interakcja (*interaction*)

Czynnik ten dotyczy kontaktów nawiązywanych przez pacjenta w grupie. Chodzi
tu nie tyle o naturę mających miejsce interakcji, co sam fakt, że interakcje takie zacho-
dzą. Znaczenie ma tu wejście członków grupy terapeutycznej w sieć interakcji, co
samo w sobie przynosi, zdaniem autorów, terapeutyczny efekt.

Ostatnie trzy czynniki stanowią elementy przejawianego na zewnątrz zachowania,
uzupełniając działanie opisanych wcześniej, intrapsychicznych czynników, natury
emocjonalnej i poznawczej. Autorzy podkreślają, że złożoność konkretnej sytuacji
terapeutycznej sprawia, że chociaż wymienione czynniki są prawdopodobnie obecne
w każdej grupie terapeutycznej, to jednak mogą pojawiać się w różnej proporcji
i z różną intensywnością.

Oprócz wymienionych powyżej dziewięciu zasadniczych czynników R. Corsini
i B. Rosenberg (1955), wyodrębnili jeszcze szereg innych, niemieszczących się
w przedstawionym wyżej trzywymiarowym schemacie. Jak twierdzą, nie może to być
powodem do traktowania tych dodatkowych czynników jako mniej ważnych. Czynniki
te R. Corsini (1957) opisał następująco:

– Sugestia (*suggestion*)

Nieświadomy, wzajemny wpływ, jaki wywierają na siebie członkowie grupy, nie-
świadome wstępowanie w ślady osób odnoszących korzyści w terapii.

– Autorytet (*authority*)

Zależnościowa więź z terapeutą, niektórymi członkami grupy lub z grupą jako całością. W skład tej więzi wchodzi przede wszystkim zaufanie, jakim pacjenci darzą terapeutę.

– Rywalizacja (*rivalry*)

Chodzi tu o czynnik, który można określić jako rywalizacja dotycząca osiągnięć w zakresie poprawy, często działający na poziomie podświadomym.

– Relaksacja (*relaxation*)

Atmosfera, w której pacjent może czuć się bezpiecznie, będąc sobą, przebywanie w społecznej sytuacji, w której pacjent nie musi się kontrolować, by zapewnić sobie akceptację.

– Napięcie (*tension*)

Przeciwny do poprzedniego czynnik, odnoszący się do pojawiającego się w grupie emocjonalnego napięcia, które działa korzystnie.

– Dzielenie się (*sharing*)

Wyjście z izolacji poprzez dzielenie się swymi problemami z innymi ludźmi. Pojęcie to jest nieco zbliżone do pojęć altruizmu i uniwersalizacji.

– Uspokojenie (*reassurance*)

Czynnik związany z autorytetem i altruizmem. Odnosi się do uzyskanego przez pacjenta przeświadczenia, że może on rozwiązać swój problem, wytrzymać przeżywany dyskomfort itp. Osoba, która nie czuje się pewnie, może uwierzyć w siebie, gdy poczuje, że inni w nią wierzą. Głównej wartości uspokojenia autorzy doszukują się jednak w zainteresowaniu, jakie pacjent otrzymuje od innych, wtedy gdy starają się go pocieszyć lub uspokoić.

Podsumowując uwagi na temat opisanej klasyfikacji, R. Corsini (1957, str. 48) stwierdza, że skuteczna psychoterapia uruchamia wszystkie trzy zasadnicze kategorie procesów ważnych dla ludzkiego istnienia, a więc miłość do innych, poznanie siebie oraz słuszne działanie (*good works*).

3.3. Klasyfikacja I. Yaloma

Kolejną, znaczącą próbę stworzenia wyczerpującej klasyfikacji czynników terapeutycznych działających w psychoterapii grupowej przyniosła opublikowana po raz pierwszy w 1970 roku, obszerna monografia I. Yaloma *The theory and practice of group psychotherapy*. Książka ta miała następnie wiele wydań. Poniższa charakterystyka proponowanej przez I. Yaloma klasyfikacji opiera się na jej wydaniu z 1985 roku (Yalom, 1985).

Klasyfikacja ta odwołuje się do głównych założeń podejścia neopsychoanalitycznego w powiązaniu z podejściem interpersonalnym, akcentując szczególnie znaczenie interakcji zachodzących w grupie terapeutycznej. Zarówno charakterystyka poszczególnych czynników terapeutycznych, jak i sama ich klasyfikacja stanowi rezultat umiejętnego powiązania klinicznych obserwacji (pochodzących zarówno z własnych doświadczeń I. Yaloma jako terapeuty, doświadczeń innych terapeutów oraz z opinii pacjentów leczonych terapią grupową) z pogłębioną analizą teoretyczną problemu oraz z wynikami badań empirycznych.

Przyjęta przez autora strategia analizy polegała na oddzieleniu tego, co zewnętrzne w psychoterapii („*front*”) od tego, co rdzenne, a zarazem najbardziej istotne („*core*”). Do cech zewnętrznych zaliczył on formę, język, techniki i specyficzną aurę tworzącą się wokół każdej z głównych szkół psychoterapii. Natomiast do cech istotnych (rdzennych) zaliczył te cechy grupowego doświadczenia, które można traktować jako wewnętrzne mechanizmy procesu terapeutycznego, działające niezależnie od konkretnej formy, jaką przyjmuje terapia.

Świadomość charakteru i istoty działania poszczególnych czynników terapeutycznych, zdaniem I. Yaloma, znacznie ułatwia terapeutcie przyjęcie odpowiedniej strategii terapeutycznej. Zwiększa bowiem świadomość zachodzących w toku terapii procesów i ułatwia rozumienie wzajemnych zależności. Autor dobrze zdaje sobie sprawę, że czynniki terapeutyczne nie występują w izolacji, lecz są z sobą wzajemnie powiązane. Dlatego też traktuje je jako elementy złożonego procesu, a ich opis jako niezależnych czynników uważa za uproszczenie wynikające z potrzeby uzyskania większej jasności. Widać to wyraźnie w jego klasyfikacji, gdzie czasem poszczególne czynniki nakładają się na siebie (np. wgląd i interpersonalne uczenie się), występują w pewnych konstatacjach (np. *katharsis*, samopoznanie i akceptacja lub spójność grupy, *katharsis* i uniwersalizacja) albo składają się z jeszcze bardziej elementarnych składników (np. interpersonalne uczenie się – korektywne doświadczenie emocjonalne, wgląd i przeniesienie).

We wstępie do swej wydanej w 1985 roku monografii I. Yalom pisze o tym w ten sposób:

„Uważam, że zmiana terapeutyczna jest niezwykle złożonym procesem wynikającym z zawilej gry różnych, kierowanych w zamierzony sposób, ludzkich doświadczeń interpersonalnych, które nazywam czynnikami terapeutycznymi. Jest jednak rzeczą korzystną rozpatrywać złożoność poprzez prostotę, a całościowe zjawisko przez pryzmat jego podstawowych składników” (Yalom, 1985, str. 4).

Bardzo cenne w propozycji I. Yaloma jest to, że nie traktował on nigdy swojej klasyfikacji czynników terapeutycznych jako skończonej czy zamkniętej, lecz raczej jako tymczasową propozycję, która może być weryfikowana i poszerzana przez innych badaczy.

Według proponowanej przez niego klasyfikacji naturalna linia podziału dzieli całość psychoterapeutycznych oddziaływań grupowych na 11 kategorii (czynników). Czynniki te zostały określone jako wzbudzanie nadziei, uniwersalizacja, udzielanie informacji, altruizm, korektywne odtworzenie grupy rodzinnej, socjalizacja, naśladowanie, interpersonalne uczenie się, spójność grupowa, *katharsis* oraz czynnik egzystencjalny.

Scharakteryzujmy nieco szerzej każdy z wymienionych czynników.

1. Wzbudzanie nadziei (*instillation of hope*)

Czynnik ten I. Yalom uważa za kluczowy dla wszystkich rodzajów psychoterapii. Wiara w określoną formę leczenia ma ogromne znaczenie dla jego efektywności. Wiadać to wyraźnie na przykładzie efektu placebo, gdzie efekt ten uzależniony jest od nadziei i pozytywnych oczekiwań, jakie budzi dany środek. Omawiając ten czynnik, I. Yalom cytuje wiele badań, w których wykazano znaczącą korelację pomiędzy wynikami leczenia a pozytywnymi oczekiwaniami uzyskania pomocy istniejącymi przed terapią (op. cit.). W budzeniu wiary i nadziei na poprawę bardzo duże znaczenie ma

poprawa obserwowana u innych uczestników grupy. Wiele grup, a szczególnie grup samopomocy, takich jak np. grupy AA, w bardzo dużym stopniu koncentruje się na wykorzystaniu tego właśnie czynnika. Jak wskazuje autor, dużą rolę w budzeniu nadziei odgrywa ponadto wiara terapeuty w siebie oraz w skuteczność stosowanych przez siebie metod.

2. Uniwersalizacja (*universality*)

Wielu pacjentów podejmujących psychoterapię wyraża ten sam wspólny, poważny problem, jakim jest izolacja. Czują się oni wyjątkowo nieszczęśliwi, a ich zmartwienia i kłopoty wydają się im wyjątkowo trudne bądź wręcz niemożliwe do przezwyciężenia. Poczucie to izoluje ich i różni wyraźnie od „reszty świata”. Poglębione jest ono dodatkowo przez szereg trudności odczuwanych w kontaktach z innymi, co izoluje ich coraz bardziej od innych ludzi i staje się przyczyną rzeczywistej izolacji społecznej. Tymczasem grupa terapeutyczna rozprasza to poczucie, co prowadzi do doświadczenia głębokiej ulgi. Słuchając i obserwując innych uczestników grupy, pacjenci mają okazję przekonać się, że inni mają również bardzo podobne problemy i przeżywają podobne stany jak oni. Nie czują się więc już dłużej sami i ponownie nawiązują kontakt ze światem innych ludzi.

Uniwersalizacja odgrywa poważną rolę także w terapii indywidualnej. Pacjenci często posiadają podobne, ale będące dla nich poważnym ciężarem tajemnice. Należy tu choćby przekonanie o własnej, głębokiej nieadekwatności. Poczucie, że gdyby inni naprawdę poznali ich wnętrze, to odkryliby głęboką niekompetencję i fałsz. Kolejnym tego typu przekonaniem jest poczucie, że nie zasługują na niczyją miłość i że nie są w stanie jej znikąd sobie zapewnić. Trzecim takim dość często spotykanym sekretem jest jakiś rodzaj seksualnego problemu lub nieakceptowanych seksualnych skłonności. Wszystko to razem głęboko uszkadza ich poczucie własnej wartości i zdolność do wchodzenia w satysfakcjonujące relacje z innymi. Dlatego też przekonanie się, że inni dzielą z nimi te same problemy wywiera głęboki efekt terapeutyczny.

Jak słusznie zauważa I. Yalom, czynnika tego, podobnie jak i wielu innych czynników terapii, nie da się w pełni wyizolować z materii interpersonalnego doświadczenia. Wraz z dostrzeżeniem podobieństwa swych najgłębszych zmartwień i kłopotów do zmartwień i kłopotów innych ludzi oraz wraz ze wzrostem poczucia wspólnoty, pacjenci korzystają zarówno z efektu *katharsis*, do jakiego prowadzi to odkrycie, jak i z efektu akceptacji, jaką otrzymują od innych członków grupy.

3. Udzielanie informacji (*importing of information*)

Do tej kategorii czynników terapeutycznych I. Yalom zalicza zarówno instrukcje i wyjaśnienia terapeuty dotyczące przyczyn powstałych problemów psychicznych oraz psychodynamicznych prawidłowości funkcjonowania psychiki, jak również rady, sugestie i polecenia dotyczące rozmaitych problemów życiowych pacjenta, płynące od terapeuty lub innych uczestników grupy. Co prawda z licznych badań na ten temat wynika jednoznacznie, że z perspektywy czasu pacjenci dość nisko cenią sobie ten rodzaj terapeutycznej pomocy, niemniej jednak, jak wskazuje I. Yalom, wiele form terapii grupowej, a szczególnie wiele grup samopomocy odwołuje się między innymi do procesów psychoedukacyjnych i podawania gotowych informacji. Instrukcje dydaktyczne w terapii grupowej mogą pełnić różne funkcje. Mogą np. służyć dostarczaniu pacjentom brakujących informacji, ale mogą też służyć strukturuowaniu aktywności grupy lub jeszcze innym celom. Niezależnie od wymienionych funkcji, wyjaśnianie posiada swą własną funkcję terapeutyczną. I. Yalom akcentuje szczególnie redukcję niepewności

i wzmocnienie poczucia kontroli, co według niego sprawia, że czynnik udzielania wyjaśnień zasługuje na ważne miejsce w repertuarze instrumentów, jakimi operuje terapeuta.

Równie pozytywne znaczenie autor ten przypisuje bezpośrednim radom dawanym pacjentowi przez terapeuta, które odnosi jednak przede wszystkim do wstępnej fazy terapii. Uważa on, że rady, niezależnie od swej treści, wyrażają zainteresowanie pacjentem i troskę o niego, przyjmując charakter daru. Jak wynika z przytaczanych badań, najmniej skuteczne okazują się bezpośrednie rady podawane w gotowej formie, podczas gdy o wiele efektywniej działają rady podawane w formie zoperacjonalizowanych instrukcji lub alternatywnych propozycji wyjaśniających, jak najlepiej można osiągnąć pożądaný cel.

4. Altruizm (*altruism*)

Pacjenci rozpoczynający terapię zwykle mają głębokie poczucie mniejszej wartości. Doświadczenie, które im udowadnia, że jednak coś znaczą dla innych, bardzo podnosi ich na duchu. Wielu pacjentów z wysiłkiem dąży do zrobienia czegoś, co podniesie ich samoocenę i nada sens życiu. Tymczasem sens życia czy też samoaktualizacja nigdy nie może być uzyskana przez świadomą pogoń za tym właśnie celem. Podobnie jak V. Frankl, J. Yalom uważa, że są to skutki pochodne ludzkiego doświadczenia, w którym człowiek wykracza poza własne ja i zapomina o sobie na rzecz drugiej osoby. Wyjaśniając fenomen altruizmu, autor ten przytacza starą chasydzką przypowieść o rabbim, który prowadził rozmowę z Panem Bogiem na temat Nieba i Piekła.

„ – Pokażę ci piekło – powiedział Bóg i poprowadził rabiego do komnaty, na środku której stał wielki, okrągły stół. Ludzie siedzący wokół wyglądali na zagłodzonych i zdesperowanych. Na środku stołu stała ogromnej wielkości waza z parującym gulaszem. Było go znacznie więcej niż potrzebowali obecni. Zapach wyśmienitej potrawy sprawił, że rabbi poczuł w ustach ślinę. Ludzie wokół stołu trzymali w rękach łyżki o bardzo długich trzonkach. Były one znacznie dłuższe od ludzkich ramion, dlatego też choć mogli zaczerpnąć nimi z wazy pożywną strawę, to jednak nie byli w stanie włożyć jej sobie do ust. Rabbi przyznał, że rzeczywiście ich cierpienie było straszliwe.

– A teraz pokażę ci niebo – powiedział Bóg i poprowadził go do kolejnej komnaty, dokładnie takiej samej jak poprzednia. Był tam ten sam okrągły stół i ta sama okrągła waza. Ludzie, tak jak poprzednio, mieli w rękach te same długie łyżki, lecz byli dobrze odżywieni, weseli, śmiali się i rozmawiali. Początkowo rabbi nie mógł tego zrozumieć.

– To proste, ale wymaga pewnej umiejętności – powiedział Bóg. – Bo widzisz, oni nauczyli się karmić siebie nawzajem” (op. cit., str. 13).

5. Korektywne doświadczenie rodzinnej sytuacji (*the corrective recapitulation of the primary family group*)

Zgodnie z podstawowym założeniem orientacji psychodynamicznej I. Yalom uważa, że wszyscy pacjenci trafiający do grupy posiadają niekorzystne doświadczenia wyniesione ze swej pierwotnej rodziny. Grupa przypomina tę rodzinę w wielu aspektach, a wiele grup celowo prowadzonych jest przez parę terapeutów, kobietę i mężczyznę, dla uruchomienia psychodynamiki związanej z rodzinną konfiguracją. W zależności od charakteru wczesnych, rodzinnych doświadczeń, pacjent reaguje na prowadzących i innych uczestników grupy tak, jak reagował kiedyś na swych rodziców i rodzeństwo. Podobne zjawisko przeniesienia pojawia się i w psychoterapii indywidualnej. Różnica, zdaniem Yaloma, polega na tym, że grupa dostarcza o wiele więcej różnych możliwości dla przeniesieniowych reakcji, a także dla ich dostrzeżenia

i ujawnienia. Terapeutyczne znaczenie ma przy tym nie tyle fakt, że wczesne, rodzinne konflikty są ponownie przeżywane w grupie przez pacjenta, lecz to, że tym razem są one przeżywane w sposób korektywny.

6. Uspołecznienie (doskonalenie umiejętności społecznych) (*development of socializing techniques*)

Według I. Yaloma, społeczne uczenie się jest tym czynnikiem, który działa we wszystkich grupach terapeutycznych, chociaż różne grupy kładą nacisk na nabywanie różnego rodzaju umiejętności. Niektóre z grup koncentrują się w sposób otwarty wyłącznie lub przede wszystkim na rozwijaniu umiejętności społecznych, w innych, np. zorientowanych psychodynamicznie, procesy te nie są przedmiotem pracy terapeutycznej, lecz z pewnością również zachodzą. Między innymi, pacjenci na drodze zbierania informacji zwrotnej otrzymują wiele informacji na temat ich nieprzystosowawczych, społecznych i interpersonalnych zachowań. Wielu pacjentom, którym brak jest bliskich związków z innymi, grupa po raz pierwszy dostarcza możliwość otrzymania prawdziwej, niezafałszowanej informacji zwrotnej. Ponadto pacjenci zdobywają w grupie wiele cennych umiejętności społecznych, np. jak być odpowiedzialnym za kogoś, jak radzić sobie z konfliktami, czy jak doświadczać i wyrażać empatię. Zdobyte w grupie umiejętności służą pacjentom w ich przyszłych, pozagrupowych sytuacjach społecznych.

7. Naśladowanie (*imitative behavior*)

W pracy I. Yaloma (op. cit., str. 17) można znaleźć takie zdanie: „Palący fajkę terapeuta często sprawia, że pacjenci również sięgają po fajkę”. Zjawisko to oczywiście ma znacznie szerszy zakres i nie ogranicza się do palenia. Zdaniem Yaloma, choć zjawisko naśladowania występujące w grupach terapeutycznych jest trudne do oceny, to, jak sugerują wyniki badań psychologów społecznych, terapeuci grupowi nie doceniają ich znaczenia. Jak opisywali to już wcześniej R. Corsini i B. Rosenberg oraz wielu innych, pacjenci często dużo korzystają, obserwując terapię innego pacjenta posiadającego podobne problemy co oni. Nawet jeśli naśladowanie zachowań innej osoby budzącej w danym momencie podziw pacjenta trwa krótko, to jednak i tak odgrywa pozytywną rolę w terapii, pomagając „rozmróznić” stare, nieprzystosowawcze reakcje i eksperymentować z nowymi zachowaniami.

Ponadto naśladowanie może prowadzić do wzrostu akceptacji innych osób w grupie, co z kolei poprzez zmiany obrazu siebie i samooceny może uruchomić całą spiralę kolejnych, pozytywnych zmian.

8. Interpersonalne uczenie się (*interpersonal learning*)

Jak wielokrotnie podkreślałam, I. Yalom bardzo mocno akcentuje znaczenie procesów interpersonalnych w życiu psychicznym człowieka. Jego zdaniem, potrzeba bliskiego kontaktu z innymi ludźmi jest tak samo podstawowa jak potrzeby biologiczne. Zwraca uwagę, że na skutek przedłużonego okresu dziecięcej bezradności w rozwoju jednostek ludzkich jest ona równoznaczna z możliwością przeżycia. Dlatego też interpersonalne relacje w grupie, zdaniem tego autora, stanowią kluczowy element potęgi tej właśnie formy psychoterapeutycznego oddziaływania.

Niezwykle ważnym elementem interpersonalnego uczenia się jest korektywne doświadczenie emocjonalne pozwalające skorygować w kontakcie z drugą osobą używany dotąd, a w istocie nieskuteczny i wysoce niekorzystny sposób reagowania emocjonalnego. Doświadczenie to, bardzo istotne zarówno w psychoterapii grupowej, jak i indywidualnej, jest dużo łatwiejsze, zdaniem I. Yaloma, do uzyskania w grupie, gdyż

ta dostarcza znacznie większej liczby okazji do zbierania tego typu doświadczeń. Wskazuje on, że aby zwykle emocjonalne napięcie, towarzyszące społecznym konfrontacjom, zostało przekształcone w korektywne doświadczenie emocjonalne, muszą być spełnione dwa podstawowe warunki. Grupa musi być dostatecznie bezpieczna i wspierająca, aby pacjent mógł zachowywać się względnie swobodnie, a zarazem dostatecznie szczerza, by mógł uzyskać adekwatne informacje zwrotne. Najczęściej spotykane formy korektywnego doświadczenia emocjonalnego obejmują wyrażenie silnych, negatywnych uczuć, po którym nie następuje spodziewana katastrofa, a wręcz przeciwnie, pojawia się akceptująca relacja, pozwalająca uznać pacjentowi nieadekwatność swego wybuchu. Korektywne doświadczenie może również przyjąć formę okazania, związanych z pewnym ryzykiem, pozytywnych uczuć do kogoś albo otwarcia się wobec innych w bezpiecznej atmosferze dobrego kontaktu i z następującym potem uczuciem pogłębienia relacji. Skuteczność i siła działania tego czynnika łączy się, zdaniem I. Yaloma, ze stopniem, w jakim praca grupy koncentruje się na sytuacji „tu i teraz”.

Jak podkreśla I. Yalom, proces terapeutyczny jest immanentnie związany z obecnością innych ludzi, stanowiąc emocjonalne i korektywne doświadczenie, a co więcej doświadczenie zreflektowane, czyli zawierające także komponent intelektualny.

Do innych, bardzo ważnych składników interpersonalnego uczenia się, obok doświadczeń emocjonalnie korektywnych, zalicza autor wgląd i przeniesienie. Przeniesienie traktuje jako specyficzną formę zniekształconej interpersonalnej percepcji wraz ze specyficznym sposobem jej przeżywania i zachowania się. W psychoterapii grupowej przeniesienie pojawiające się w relacji z terapeutą stanowi tylko jedną z wielu form przeniesienia, jakie rozwija pacjent w związkach nawiązywanych w obrębie grupy. Specyficzne zniekształcenia tych związków wynikają zarówno ze stosunku do postaci rodziców, jak i do postaci rodzeństwa, dotycząc zwłaszcza konfliktów związanych z asertywnością, bliskością, daniem i braniem, seksualnością, pożądaniem i zazdrością. W przeciwieństwie do terapii indywidualnej, psychoterapeuta grupowy nie koncentruje się na własnej relacji z pacjentem, a raczej stara się ułatwić rozwój innych relacji pacjenta i koncentrować się bardziej na pracy terapeutycznej związanej z interakcjami pacjenta z innymi uczestnikami grupy.

Terminu „wgląd” I. Yalom używa w bardzo ogólnym znaczeniu tego terminu, jako procesu „spojrzenia do wewnątrz”, który towarzyszy klaryfikacji problemu, jego wyjaśnieniu i przezwyciężeniu wyparcia. Zgodnie z takim szerokim rozumieniem, wgląd pojawia się wtedy, gdy pacjent odkryje coś nowego i ważnego o sobie, coś, co łączy się z jego zachowaniem, motywami i nieświadomością. W takim, szerokim ujęciu, wgląd pojawiający się w trakcie psychoterapii grupowej może pojawiać się na czterech różnych poziomach:

- Pacjent może uzyskać bardziej obiektywny pogląd na siebie, tak jak jest postrzegany przez innych. Nieraz jest to jego pierwsza okazja do dowiedzenia się, co naprawdę inni o nim myślą.
- Pacjent może uzyskać ponadto świadomość niektórych, bardziej złożonych wzorów zachowania, pojawiających się w jego stałych relacjach z innymi.
- Pacjent może dowiedzieć się, dlaczego zachowuje się w taki, a nie inny sposób w swych kontaktach z ludźmi. Dostyc powszechnie występującą formą wglądu tego rodzaju jest odkrycie, że za danym rodzajem zachowania kryło się przekonanie, iż każda odmienna reakcja doprowadzi do psychicznej katastrofy, np. w formie upoko-

rzenia, zlekceważenia, porzucenia, poniżenia, czy bezradności wobec własnych, niekontrolowanych i destrukcyjnych impulsów. Ten poziom wglądu I. Yalom nazywa wglądem motywacyjnym.

– Ostatni, czwarty poziom wglądu, czyli tzw. wgląd genetyczny, pozwala pacjentowi zrozumieć, jak doszło do tego, że przeżywa on i zachowuje się teraz w taki właśnie, a nie inny sposób. Na tym etapie pacjent zyskuje wgląd (zrozumienie) w genezę przejawianych wzorów zachowania.

Szerokie rozumienie wglądu w omawianym ujęciu to inaczej samopoznanie (*self-understanding*). Odnosi się ono do poznania przez pacjenta tego, jak jest spostrzegany przez innych oraz samopoznania w ścisłym tego słowa znaczeniu. Ten ostatni element odnosi się w ujęciu autora, głównie do odsłonięcia obszarów wcześniej objętych wyparciem, w tym także do intelektualnego zrozumienia relacji pomiędzy przeszłością a sytuacją aktualną (wgląd genetyczny). Jak wynika z cytowanych przez I. Yaloma badań, oba te składniki słabo korelują z sobą i w zasadzie mogłyby być traktowane jako odrębne czynniki. Odsłonięcie i objęcie świadomością wypartych i podlegających dysocjacji części własnego ja okazało się w świetle cytowanych przez autora badań mieć większe znaczenie niż sam wgląd genetyczny.

Wypowiadając się w kwestii roli samopoznania, I. Yalom wskazuje na ten czynnik jako wynikający z ogromnej, naturalnej, ludzkiej potrzeby, za którą kryją się trzy rodzaje motywów. Motywy te to pragnienie panowania i siły (*desire for mastery and power*), pragnienie uzyskania bezpieczeństwa dzięki wyjaśnieniu tego, co nieznane (*desire to render the unexplained harmless through understanding*) oraz czyste pragnienie wiedzy i poznania jako takiego (*desire for knowledge and exploration for its own sake*) (op. cit., str. 87). Ten ostatni motyw, choć bardzo potężny, jak wskazuje biblijna przypowieść dotycząca Adama i Ewy, jest według I. Yaloma stosunkowo najmniej istotnym czynnikiem prowadzącym do zmiany. Natomiast zarówno potrzeba bezpieczeństwa, jak i mocy odgrywają w niej bardzo ważną rolę. Usiłowania nadania sensu poprzez wyjaśnienia zarówno o naukowym, jak i religijnym charakterze, są charakterystyczne dla dążeń występujących we wszelkich kulturach. W psycho-terapeutycznej sytuacji samopoznanie obniża lęk poprzez zmniejszenie dwuznaczności i wzrost zdolności do skutecznego działania. I. Yalom pisze:

„Samowiedza pozwala nam zintegrować wszystkie elementy nas samych, zmniejsza dwuznaczność, daje poczucie skuteczności i mocy i pozwala nam działać w zgodzie z naszym własnym, najlepszym interesem. Zrozumiały, wyjaśniający schemat pozwala także na generalizację i transfer wyników uczenia się w grupie terapeutycznej, na nowe sytuacje w świecie” (op. cit., str. 89).

Podsumowując charakter czynnika terapeutycznego, jakim jest interpersonalne uczenie się, I. Yalom opisuje jego mechanizm jako sekwencję następujących po sobie, kolejnych elementów:

– Pojawienie się w kontakcie interpersonalnym nieprawidłowego zachowania pacjenta.

– Następnie, dzięki informacjom zwrotnym i samoobserwacji, dokonanie przez pacjenta korekty w percepcji tego zachowania oraz dostrzeżenie wpływu, jaki to zachowanie wywiera na uczucia innych osób, na opinie, jakie wytwarzają sobie o nim, a także na opinie, jakie pacjent tworzy sam o sobie.

– Wraz z pojawianiem się pełniejszej świadomości swego zachowania i jego wpływu na innych, pacjent uzyskuje świadomość swej osobistej odpowiedzialności za ten wpływ. Znaczenie opisywanego czynnika jest wprost proporcjonalne do siły doświadczanych emocji. Im bardziej realne i nasycone emocjami doświadczenie, tym bardziej potężny wpływ w kierunku zmiany. Im doświadczenie jest bardziej zobiektywizowane i zintelektualizowane, tym interpersonalne uczenie się jest mniej efektywne.

Czynnik interpersonalnego uczenia się w ujęciu I. Yaloma zawiera dwie, czasem wymieniane osobno, podkategorie, a mianowicie: odbiór interpersonalny (*interpersonal input*) i wpływ interpersonalny (*interpersonal output*). Ta pierwsza kategoria odnosi się, ogólnie rzecz biorąc, do tego wszystkiego, czego pacjent dowiedział się na swój temat, czyli na temat tego, jak jest spostrzegany przez innych, a druga do tego, czego nauczył się, jeśli chodzi o sposoby wpływania na cudze zachowania.

9. Spójność grupy (*group cohesiveness*)

Przez spójność grupy I. Yalom rozumie całość więzi łączących wszystkich uczestników grupy, obejmujących zarówno relacje zachodzące pomiędzy terapeutą a pacjentami, jak i relacje pomiędzy pacjentami oraz relacje pomiędzy pacjentami a grupą jako całością. Omawiając rolę tego czynnika, autor przyrównuje znaczenie spójności grupowej do znaczenia relacji terapeutycznej w psychoterapii indywidualnej. Definiuje ją jako „Wynik wszystkich sił działających na wszystkich członków grupy w kierunku pozostania w grupie”, lub prościej jako „...atrakcyjność grupy dla jej członków” (op. cit., str. 48). Zwraca uwagę, że poziom spójności grupowej nie jest wielkością stałą, lecz zmienia się wraz z etapem rozwoju i pracy grupy. Charakteryzując ten czynnik, I. Yalom stwierdza, że spójność grupowa w zasadzie jest nie tyle czynnikiem terapeutycznym, co koniecznym warunkiem zmiany w psychoterapii. To samo utrzymuje w odniesieniu do związku terapeutycznego w psychoterapii indywidualnej, gdy pisze:

„Kiedy w indywidualnej psychoterapii mówimy – oto związek, który leczy – wcale nie mamy na myśli, że miłość lub miłująca akceptacja wystarczy; mamy wtedy raczej na myśli, że idealny związek terapeuty – pacjent tworzy warunki, w których pacjent może otworzyć się i może dojść do koniecznej interpersonalnej i intrapersonalnej eksploracji” (op. cit., str. 50).

Podobnie jest, jego zdaniem, w psychoterapii grupowej, gdzie spójność grupy stwarza dogodne warunki do pojawienia się innych ważnych procesów, takich jak np. *katharsis* czy dzielenie się własnym emocjonalnym doświadczeniem z innymi uczestnikami grupy, czy też uniwersalizacja i pozbycie się poczucia nieszcześnie wyjątkowości własnych problemów.

Bardzo ważnym elementem spójności grupy, w ujęciu omawianego autora, jest wzajemna akceptacja pomiędzy uczestnikami grupy. Dopiero akceptacja innych i uzyskanie od innych wsparcie sprawia, że pacjent w pełni korzysta z podzielenia się z grupą swymi trudnymi doświadczeniami i uczuciami, zyskując wzmocnienie poczucia własnej wartości oraz przynależności i bliskości z innymi.

Podkreślając znaczenie spójności grupowej dla budowania poczucia własnej wartości u uczestników grupy, a także ich poczucia przynależności, bliskiego kontaktu z innymi i bycia lubianym, I. Yalom cytuje szereg badań, których wyniki prowadzą do konkluzji, że spójność grupowa i akceptacja, same w sobie, stanowią ważny czynnik terapeutyczny.

10. *Katharsis*

Według I. Yaloma, *katharsis* rozumiane jako emocjonalna ekspresja, czyli otwarte uzewnętrznienie emocji, stanowi proces (czynnik) częściowy, który musi być uzupełniony działaniem innych czynników, aby dał efekt w pełni terapeutyczny. Jest to bowiem jedynie element procesu interpersonalnego, który nabiera terapeutycznego charakteru dopiero wraz z pojawieniem się jakiejś formy poznawczego uczenia się oraz wspierającego kontaktu.

11. Czynnik egzystencjalny (*existential factor*)

Czynnik ten jest bardzo mocno związany z elementem przyjęcia odpowiedzialności za siebie i swoje życie. Zdaniem autora omawianej klasyfikacji, odgrywa on ważną, choć ogólnie niedocenianą rolę w psychoterapii. Chodzi tu zwłaszcza o uświadomienie sobie przez pacjenta, że ostatecznie to nikt inny, jak tylko on sam jest odpowiedzialny za podstawowe sprawy własnej egzystencji, takie jak śmierć, izolacja, wolność, sens i znaczenie swego życia. Pacjenci uczą się, że istnieją granice kierowania i wsparcia, na jakie mogą liczyć od innych i że ostateczna odpowiedzialność za sposób, w jaki kierują swoim życiem, spoczywa na nich samych. Nawet w bliskim kontakcie z innymi istnieje pewna granica bliskości, poza którą nie da się nikomu towarzyszyć. Istnieje pewna, podstawowa samotność egzystencji, z którą trzeba się skonfrontować i przed którą nie da się uciec.

Wielu pacjentów uczy się w psychoterapii konfrontować ze swymi ograniczeniami i swą śmiertelnością, co wymaga odwagi. Taka głębsza, egzystencjalna perspektywa spojrzenia na życie pozwala zobaczyć wszystkie drobne troski codziennego życia w odmiennej perspektywie. Są problemy, od których nie da się uciec, ani których nie da się rozwiązać, a jedynie, jak pisze I. Yalom, „można je sobie tylko uświadomić” (op. cit., str. 97).

Człowiek może odnosić się do tych podstawowych problemów własnej egzystencji w dwojaki sposób. Z jednej strony może je ignorować i wypierać, żyjąc jak gdyby w stanie pewnego znieczulenia i troski jedynie o posiadanie rzeczy, co M. Heidegger nazwał stanem „nieświadomości bycia”, a z drugiej może egzystować w stanie „świadomości bycia”, żyjąc autentycznie, z pełną świadomością własnej odpowiedzialności za to, jak żyje.

Świadomość tworzenia siebie, towarzysząca temu właśnie stanowi bycia w świecie, dostarcza ogromnej siły umożliwiającej zmianę. Dlatego też, zdaniem I. Yaloma, terapeuta musi poświęcić szczególnie wiele uwagi takiemu sposobowi konfrontacji pacjenta z trudnym doświadczeniem, który stworzy mu okazję do wyjścia poza jego małe, ciasne ego i da szansę odnalezienia w tej nowej przestrzeni poczucia sensu i znaczenia, jakie ma jego znacząca obecność, np. troska i pomoc udzielana innym ludziom.

3.4. Klasyfikacja S. Blocha i E. Croucha

Wśród wielu klasyfikacji czynników działających w psychoterapii grupowej, jakie pojawiły się po 1975 roku, tj. po ukazaniu się pierwszego wydania monografii I. Yaloma na ten temat, na szczególną uwagę zasługuje propozycja S. Blocha, J. Rebshtein, E. Croucha i współpracowników (1979), rozwinięta w obszernej monografii,

której autorami byli S. Bloch i E. Crouch (1985). Jest ona szczególnie interesująca, może nawet nie tyle jako kolejna, oryginalna próba klasyfikacji, lecz jako odwołująca się do badań empirycznych autora i współpracowników próba podsumowania dotychczasowych klasyfikacji i obserwacji klinicznych. O ile klasyfikację I. Yaloma można traktować jako szczególne rozwinięcie i uzupełnienie wcześniejszej propozycji R. Corsiniego i B. Rosenberg (1955), zwłaszcza w aspekcie interpersonalnym, o tyle klasyfikacja proponowana przez S. Blocha i współpracowników, stanowi swoistą syntezę i podsumowanie wielu klasyfikacji wynikających z prac R. Corsiniego i B. Rosenberg (1955), W. Hilla (1975), B. Berzona, C. Pious i R. Farson (1963), a szczególnie I. Yaloma oraz własnych badań autorów inspirowanych tymi pracami (Bloch, Rebstein, Crouch i wsp., 1979; Bloch, Rebstein, 1980).

Ustosunkowując się do klasyfikacji I. Yaloma, S. Bloch i E. Crouch (1985) wysuwają kilka istotnych zastrzeżeń, które znalazły wyraz w dokonanych przez nich modyfikacjach na ich własnej liście czynników. Jako pierwszy zarzut wymieniają uwzględnienie czynnika egzystencjalnego, który, ich zdaniem, nie spełnia kryterium definicji czynnika terapii grupowej, a jest raczej jednym z pożądanych celów terapii. Argumentują bowiem, że poczucie sensu i odpowiedzialności za siebie i swe życie nie jest elementem procesów grupowych, a taki wymóg wynika, ich zdaniem, z definicji grupowego czynnika terapeutycznego. Czynniki terapeutyczne definiują bowiem jako taki element procesu terapii grupowej, który wywiera korzystny wpływ na pacjenta i jest funkcją jego własnej aktywności oraz aktywności terapeuty i innych uczestników grupy (op.cit., str. 4). Kwestia ta z punktu widzenia celu obecnej analizy (wykorzystanie w komunikacji terapeutycznej) jest akurat bez znaczenia.

Zastrzeżenia zgłaszają również wobec uznania „przeniesienia” i jego odpowiednika określanego mianem „powtórzenia rodzinnej sytuacji” (*family re-enactment*) za czynnik terapeutyczny. Czynniki te między innymi w sposób zbyt oczywisty nawiązują do psychodynamicznej koncepcji teoretycznej w psychoterapii. Tymczasem, zdaniem autorów, czynniki terapeutyczne traktowane jako czynniki wspólne (niespecyficzne), nie powinny zawierać takich jednoznacznych konotacji. W proponowanej przez siebie klasyfikacji czynnik ten częściowo włączają do czynnika określanego jako samozrozumienie. Czynniki te rozumieją bardzo szeroko jako czynniki poznawczy, obejmujący uczenie się przez pacjenta różnych nowych i ważnych rzeczy o sobie, zgodnie z potrzebami wynikającymi z natury jego problemów oraz celów terapii. Uczenie to obejmuje, między innymi, także zrozumienie wczesnych, rodzinnych konfliktów i zjawisk pojawiających się w przeniesieniu. Samo przeniesienie powinno być, zdaniem autorów, traktowane jako jeden z warunków zmiany, a nie jako odrębny czynnik terapeutyczny.

Kolejna, istotna modyfikacja, to wyraźne rozróżnienie pomiędzy formami ekspresji, które nie były różnicowane w poprzednich klasyfikacjach. Chodzi tu o bezpośrednią wentylację uczuć, których pacjent wcześniej nie był w stanie wyrazić oraz o dzielenie się przez pacjenta swym osobistym, wysoce prywatnym doświadczeniem dotyczącym jego świata przeżyć, myśli i fantazji. Tę pierwszą formę omawiają autorzy określając jako *katharsis*, natomiast tę drugą jako autoprezentację (*self-disclosure*).

Ostatnia istotna modyfikacja, dotyczy czynnika określanego tu jako „uczenie się przez kontakt interpersonalny” (*learning from interpersonal action*). Czynniki te określają jako wysiłek wchodzenia w konstruktywne i adaptacyjne związki w obrębie grupy, zarówno w formie inicjowania konstruktywnych zachowań kierowanych wobec

innych jej uczestników, jak i w formie konstruktywnych reakcji na ich zachowania oraz jako uczenie się związane z tymi działaniami.

Klasyfikacja zaproponowana przez S. Blocha i E. Croucha zawiera w sumie 10 czynników, z których większość pojawia się (choć czasem pod nieco zmienionymi nazwami) w opisywanych wcześniej klasyfikacjach. Są to: akceptacja, uniwersalizacja, altruizm, wzbudzanie nadziei, kierowanie, zastępcze uczenie się, samopoznanie, uczenie się przez interpersonalny kontakt, autoprezentacja, *katharsis*.

Aby się nie powtarzać, czynniki te scharakteryzuję w skrócie.

1. Akceptacja (*acceptance*)

Czynnik ten, podobnie jak i u innych autorów, jest interpretowany jako poczucie pacjenta, że przynależy do grupy, że jest przez nią ceniony, darzony wsparciem i troską, nawet w przypadku odsłonięcia jakiejś niekorzystnej prawdy o nim samym, którą wcześniej pacjent uważał za niemożliwą do zaakceptowania (poczucie bezwarunkowej akceptacji).

2. Uniwersalizacja (*universality*)

W odniesieniu do tego czynnika autorzy przyjmują, również zgodnie z powszechnym poglądem, że odkrycie przez pacjenta tego, iż inni członkowie grupy mają podobne problemy i uczucia co on, sprawia że znika jego poczucie pozostawania w wyjątkowej i złej sytuacji. Czynniki ten zyskał nieco większe zainteresowanie przy okazji rozwoju grup samopomocy, których celem jest między innymi wyeliminowanie piętna związanego z poczuciem wyjątkowości w złym znaczeniu tego słowa.

3. Altruizm (*altruism*)

Zgodnie z interpretacją autorów, również nieodbiegającą od powszechnie spotykanych poglądów, czynnik ten wyraża się w tym, że pacjent czuje się lepiej oraz uczy się pozytywnych rzeczy o sobie podczas pomagania innym. Terapeutyczny efekt altruistycznych działań polega również i na tym, że doświadczając satysfakcji ze swego postępowania, pomagający staje się mniej zaabsorbowany sobą i bardziej wrażliwy na potrzeby innych. Dzięki pomaganiu innym pacjent przekonuje się, że jest komuś potrzebny, a tym samym poprawia się jego obraz samego siebie.

4. Wzbudzanie nadziei (*instillation of hope*)

Czynnik ten jest porównywany przez autorów do efektu placebo. Wyraża prawidłowość, zgodnie z którą antycypacja poprawy jest zdecydowanie korzystna dla uzyskania poprawy faktycznej.

5. Kierowanie (*guidance*)

Czynnik ten jest konceptualizowany jako otrzymywanie przez pacjenta informacji i instrukcji od terapeuty dotyczących ogólnych prawidłowości rządzących jego zdrowiem psychicznym i psychodynamiką oraz rad i sugestii dotyczących jego problemów. Te informacje, rady i sugestie mogą pochodzić również od innych uczestników grupy.

6. Pośrednie uczenie się (*vicarious learning*)

Czynnik ten interpretowany jest jako korzyść, jaką odnosi pacjent, obserwując doświadczenia terapeutyczne innych uczestników grupy. Kluczowym elementem tego procesu jest, zdaniem autorów, identyfikacja.

7. Samopoznanie (*self-understanding*)

Czynnik ten, rozumiany bardzo szeroko, odnoszony jest do uczenia się przez pacjenta ważnych rzeczy o sobie – swych zachowaniach, przekonaniach, przeświadczeniach i motywacjach oraz nieświadomych procesach myślowych. Samopoznanie może

wynikać z konfrontacji, interpretacji oraz informacji zwrotnych uzyskanych od terapeuty i innych uczestników grupy.

Jak wskazują omawiani autorzy, w literaturze przedmiotu występują trzy podstawowe koncepcje samopoznania. Może być ono traktowane jako proces o charakterze intrapsychicznym (szkoła psychoanalityczna), interpersonalnym (szkoła interpersonalna) bądź jako proces odkrywania siebie prowadzący do większej autentyczności (szkoła humanistyczna). To zróżnicowanie znacznie utrudnia porównywalność prowadzonych badań.

8. Uczenie się przez interpersonalne działanie (*learning from interpersonal action*)

Czynnik ten, w ujęciu autorów, szczególnie podkreśla podejmowanie konstruktywnych i adaptacyjnych działań w grupie, zarówno poprzez inicjowanie takich zachowań, jak i odpowiadanie w konstruktywny i adaptacyjny sposób na zachowania innych członków grupy.

Autorzy zwracają zwłaszcza uwagę na dwa główne modele używane do interpretacji relacji interpersonalnych, w których występuje owo uczenie się. Chodzi o model podkreślający znaczenie relacji terapeuta – pacjent oraz model podkreślający znaczenie relacji pacjent – pacjent. Uczenie się dokonujące się w ramach pierwszego typu relacji w dużym stopniu łączone jest z wykorzystaniem zjawisk przeniesieniowych i wymaga od pacjenta uzyskania pewnego stopnia wglądu, natomiast uczenie się zachodzące w relacji drugiego typu łączone jest bardziej z wypróbowywaniem nowych form zachowania się w kontaktach, w powiązaniu z samoobserwacją i sprzężeniem zwrotnym płynącym od indywidualnych uczestników oraz od grupy jako całości. Jeszcze inny model nabywania nowych doświadczeń w interakcjach grupowych łączy się, ich zdaniem, z wykorzystaniem założeń ogólnej teorii systemów.

9. Autoprezentacja (*self-disclosure*)

Zgodnie z powszechnym rozumieniem tego czynnika, pacjent odsłania ważne, osobiste informacje przed grupą i w ten sposób oczyszcza się, „zrzuca kamień z serca”. Według interpretacji proponowanej przez S. Jourarda, na którą powołują się cytowani autorzy, autoprezentacja wpływa na zwiększenie samoświadomości i w ten sposób toruje drogę do osiągnięcia większej autentyczności. Odwrotnie jest z osobami, które ukrywają swe prawdziwe ja przed innymi, co prowadzi ich do alienacji od swego osobistego doświadczenia.

10. *Katharsis* (*catharsis*)

Zgodnie z proponowaną przez autorów interpretacją, pozwalającą odróżnić ten czynnik od poprzedniego, polega on na uwolnieniu nagromadzonych emocji, co prowadzi do ulgi. Chodzi o wentylację uczuć zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, dotyczących rozmaitych wydarzeń wiążących się z życiem pacjenta, tak w grupie, jak i poza grupą.

Podobnie jak I. Yalom oraz wielu innych klinicystów, autorzy uważają, że sama wentylacja uczuć daje ograniczone efekty. Ich pogłębienie wymaga uzupełnienia przez element poznawczy wyrażający się rozpoznaniem tego, co dane uczucia znaczą. Dowodzą tego między innymi wyniki badań badaczy ze Stanford, którzy wykazali, że w grupach encounterowych *katharsis* nie tylko nie decyduje o poprawie, ale nawet, w przypadku wentylacji agresywnych uczuć, może wiązać się ze złymi wynikami (cyt. za Bloch, Crouch, 1985, str. 255).

3.5. Lista wspólnych czynników terapeutycznych – podsumowanie

Aby przedstawić końcową wersję listy wspólnych czynników terapeutycznych, mogących mieć zastosowanie w komunikacji terapeutycznej, chciałbym dokonać teraz krótkiego podsumowania czynników wspólnych wymienionych w psychoterapii grupowej i wskazać na te z nich, które należy dołączyć do listy czynników opracowanej na wcześniejszym etapie analizy.

Na wstępie należy stwierdzić, że analiza przedstawionych powyżej klasyfikacji czynników terapeutycznych, zaczerpniętych z literatury dotyczącej psychoterapii grupowej, nasuwa szereg spostrzeżeń pokrywających się dość ściśle ze spostrzeżeniami poczynionymi w poprzednim rozdziale, przy okazji omawiania czynników wspólnych. Klasyfikacje te opisują zbliżone, choć nieidentyczne konstelacje czynników terapeutycznych. Większość czynników powtarza się w klasyfikacjach różnych autorów, pod tymi samymi lub zbliżonymi nazwami, jak np. altruizm (pomaganie innym), odreagowanie (*katharsis*, wentylacja), samopoznanie (wgląd, intelektualizacja, poszerzenie świadomości), udzielanie informacji (kierowanie). Spotkać można jednak także takie czynniki, które występują wyłącznie w klasyfikacji danego autora, jak np. czynnik egzystencjalny w klasyfikacji I. Yaloma.

Niektóre czynniki traktowane jako czynniki samodzielne w jednej klasyfikacji, np. wentylacja u R. Corsiniego i B. Rosenberg, uzyskują podwójną reprezentację w innej. W tym przypadku, w klasyfikacji S. Blocha i E. Croucha, mamy do czynienia z dwoma czynnikami, tj. *katharsis* i autoprezentacją.

Odmienne nazwy przypisywane czasem podobnym czynnikom (np. testowanie realności – R. Corsinini i B. Rosenberg oraz interpersonalne uczenie się – S. Bloch i E. Crouch) również nie są bez znaczenia, akcentują bowiem różne aspekty omawianych procesów.

Warte podkreślenia jest to, że z wyjątkiem próby R. Corsiniego i B. Rosenberg, nie do końca zresztą udanej ze względu na dużą grupę czynników dodatkowych, niemieszczących się w proponowanym przez nich schemacie (czynniki poznawcze, emocjonalne oraz związane z działaniem), opisane klasyfikacje nie zawierają żadnych wyraźnych *explicite*, wymiarów porządkujących, które odwoływałyby się do ogólniejszych reguł czy kategorii.

Kolejnym nasuwającym się spostrzeżeniem jest fakt wyraźnej niedychotomiczności wyodrębnionych czynników, na skutek ich nakładania się lub zachodzenia na siebie. Wiele z nich posiada bowiem wspólne składniki lub artykułuje inny aspekt omawianego zjawiska. Jest to jednak zrozumiałe, jeśli brać pod uwagę, że identyfikacja czynników terapeutycznych to zabieg teoretyczny, w którym bogaty, żywy, wieloaspektowy i dynamiczny charakter procesu terapeutycznego zostaje rozbity i zredukowany do pewnej liczby elementów składowych, którym przypisana zostaje cecha względnej odrębności.

Poszczególne klasyfikacje różnią się, ponieważ każda z nich jako indywidualna redukcja zależna od doświadczeń i teoretycznej orientacji autora akcentuje nieco inne aspekty procesu psychoterapii. Uwzględniając to, może nawet dziwić fakt dużej ich zgodności. Zdaje się ona wskazywać, że najważniejsze mechanizmy procesu psychote-

rapii mają charakter obiektywny i względnie autonomiczny. Przebijają się bowiem przez indywidualne doświadczenia oraz teoretyczne upodobania badaczy.

Pragnąc zweryfikować i uzupełnić wcześniej opracowaną listę czynników terapeutycznych, chciałbym teraz dokonać zbiorczego zestawienia omówionych w tym podrozdziale klasyfikacji, dotyczących czynników opisywanych w psychoterapii grupowej. Ułatwi to ich porównanie i unaoczní występujące podobieństwa i różnice.

Czynniki terapeutyczne (terapia grupowa)

R. Corsini i B. Rosenberg (1955)		I. Yalom (1970, 1985)	S. Bloch, E. Crouch (1985)
1	Akceptacja	Spójność grupowa	Akceptacja
2	–	Wzbudzanie nadziei	Wzbudzanie nadziei
3	Altruizm	Altruizm	Altruizm
4	Uniwersalizacja	Uniwersalizacja	Uniwersalizacja
5	Przeniesienie	–	–
6	–	Udzielanie informacji	Kierowanie
7	Terapia poprzez obserwację	Naśladowanie	Pośrednie uczenie się
8	Wentylacja	<i>Katharsis</i>	<i>Katharsis</i>
9	–	–	Autoprezentacja
10	–	Korektywne odtworzenie grupy rodzinnej	–
11	Intelektualizacja	–	Samopoznanie
12	Testowanie rzeczywistości	–	–
13	–	Interpersonalne uczenie się	Uczenie się przez interpersonalne działanie
14	Interakcja	–	–
15	–	Socjalizacja	–
16	–	Czynnik egzystencjalny	–

Biorąc pod uwagę, że czynnik określony jako pośrednie uczenie się, uczenie się przez obserwację lub uczenie się przez naśladowanie, to jedynie pewna forma procesu uczenia się oraz usuwając z powyższego zestawienia czynniki, które w przyjętym wcześniej rozumieniu należałoby rozpatrywać raczej w kategoriach istoty procesu terapeutycznego lub jego celu (interpersonalne uczenie się, uczenie się umiejętności społecznych), związku terapeutycznego (przeniesienie) lub interwencji terapeutycznej (udzielanie informacji, kierowanie), a także eliminując czynniki o specyficznie grupowym charakterze (takie jak spójność grupowa czy korektywne odtworzenie grupy rodzinnej), otrzymujemy kolejne zestawienie, obejmujące następujące, wspólne czynniki terapeutyczne: poczucie akceptacji, nadzieja, altruizm, uniwersalizacja, wentylacja, autoprezentacja, samopoznanie, testowanie rzeczywistości, czynnik egzystencjalny. Poniżej zamieszczam ich krótką charakterystykę, zaczerpniętą z omawianych w tym rozdziale klasyfikacji.

Wspólne czynniki terapeutyczne (terapia grupowa)

- **Poczucie bycia akceptowanym** – poczucie przynależności i bliskości z innymi, poczucie bycia akceptowanym i emocjonalnie wspieranym (Corsini, Rosenberg), poczucie bezwarunkowej akceptacji (Bloch i Crouch).

- **Nadzieja** – pozytywne oczekiwania od leczenia, wiara i nadzieja na poprawę (Yalom), poczucie optymizmu co do efektów leczenia, antycypacja poprawy (Bloch, Crouch).

- **Altruizm** (pomaganie innym) – poczucie znaczenia uzyskiwane dzięki byciu pomocnym, użytecznym, poprzez okazywaną innym życzliwość i działanie na rzecz innych ludzi (Corsini i Rosenberg), doświadczenie własnej wartości i sensu życia dzięki działaniu na rzecz innych (Yalom), poczucie satysfakcji wynikające z pomagania innym (Bloch i Crouch).

- **Uniwersalizacja** – uświadomienie sobie przez pacjenta, że nie różni się tak bardzo od innych oraz że inni mają podobne kłopoty (Corsini i Rosenberg), doświadczenie ulgi związane z dostrzeżeniem podobieństwa swych zmartwień i kłopotów do zmartwień i kłopotów innych ludzi, uczucie podobieństwa i kontaktu z innymi, pozbycie się obaw dotyczących bycia innym lub gorszym z powodu swych braków i deficytów (Yalom), odkrycie przez pacjenta, że inni mają podobne uczucia i problemy, co osłabia poczucie pozostawania w wyjątkowo złej sytuacji (Bloch, Crouch).

- **Intelektualizacja** (samopoznanie) – uświadomienie sobie czegoś ważnego o sobie, proces zdobywania wiedzy, dzięki której pojawia się nowe rozumienie siebie i innych (Corsini i Rosenberg), zmniejszenie niejasności sytuacji, poznanie przez pacjenta, jak jest spostrzegany przez innych, zrozumienie relacji pomiędzy przeszłością a sytuacją aktualną, wgląd (Yalom), nowa wiedza o sobie mogąca dotyczyć zależności intrapsychicznych lub interpersonalnych, wgląd (Bloch, Crouch).

- **Wentylacja** (*katharsis*) – uwolnienie wypartych uczuć i idei, emocjonalne rozładowanie, uwolnienie nieświadomego materiału, werbalizacja ukrytych fantazji (Corsini, Rosenberg), otwarte uzewnętrznienie emocji (Yalom), prowadzące do ulgi uwolnienie nagromadzonych emocji, zarówno negatywnych, jak i pozytywnych (Bloch, Crouch).

- **Autoprezentacja** (samoodślanianie się) – odślanianie osobistych treści o sobie prowadzące do ulgi, dające poczucie oczyszczenia się, większej autentyczności oraz poszerzenie samoświadomości (Bloch, Crouch).

- **Interakcja** – fakt wejścia pacjenta w sieć interakcji społecznych, fakt nawiązania kontaktu z innymi ludźmi (Corsini i Rosenberg).

- **Testowanie rzeczywistości** – sprawdzenie swych możliwości i zachowań, w realnych sytuacjach społecznych, wypróbowywanie nowych sposobów zachowania w rzeczywistych związkach z innymi, konfrontacja nabytej wiedzy i umiejętności z wymogami realnej sytuacji (Corsini i Rosenberg).

- **Czynnik egzystencjalny** – poczucie sensu i znaczenia, uświadomienie i przyjęcie odpowiedzialności za siebie i swe życie, głębsza egzystencjalna perspektywa spojrzenia na życie pozwalająca zobaczyć swe troski i problemy w odmiennej perspektywie (Yalom).

Powyższa lista 10 wspólnych czynników terapeutycznych to wynik jakościowej analizy najbardziej reprezentatywnych, klasycznych już dziś, prac na ten temat

z zakresu psychoterapii grupowej. Dla jej aktualizacji i uzyskania poszerzonego obrazu czynników terapeutycznych wymienianych w literaturze z zakresu psychoterapii grupowej, chciałbym krótko odwołać się jeszcze do innych, współcześnie ukazujących się prac, poruszających omawiany temat (por. Schneider-Correy i Correy, 1995; Fuhrman, Burlingame, 1990; Kaplan, Sadock, 1991; Kratochvil, 1981).

Ponieważ w pracach tych pojęcie czynników terapeutycznych pojawia się nie jako centralne zagadnienie, lecz jako jeden z poruszanych wątków, a charakterystyka czynników terapeutycznych jest stosunkowo oszczędna, więc nie będę ich szczegółowo przedstawiał, zadowolając się wyliczeniem i krótkim omówieniem tych czynników, które dotąd nie pojawiły się w prezentowanym materiale z zakresu psychoterapii grupowej, jako autonomiczne elementy. Należą do nich: konfrontacja, informacje zwrotne, zaufanie i gotowość do podejmowania ryzyka, poczucie mocy osobistej, motywacja do zmiany, humor (Schneider-Correy i Correy, 1995), empatia, interpretacja (Kaplan, Sadock, 1991), identyfikacja (Fuhrman, Burlingame, 1990) oraz emocjonalne podtrzymanie i korektywne doświadczenie emocjonalne (Kratochvil, 1981).

Konfrontacja w sensie działania terapeutycznego, podobnie jak udzielanie informacji zwrotnych oraz interpretacja są to, w świetle przyjętych wcześniej założeń, techniki albo formy interwencji terapeutycznych, a nie elementarne czynniki wspólne. W ten sposób można również interpretować humor terapeuty, jako rodzaj wywierania pozytywnego wpływu na pacjenta. Jak piszą cytowani autorzy: „Często nie docenia się humoru jako **narzędzia** w terapii” (podkr. moje – M.M.) (Schneider-Correy i Correy, 1995, str. 319).

Humor może być traktowany jako rodzaj interwencji terapeutycznej, ale można go też traktować jako autonomiczny czynnik terapeutyczny, łączący się z dobrym nastrojem i wynikającą stąd umiejętnością spojrzenia na siebie i swoje problemy z nowej perspektywy. Wskazują na to zresztą ci sami cytowani autorzy (op. cit.).

Zaufanie i związana z nim gotowość do podejmowania ryzyka, tu w sensie gotowości do otwarcia się przed innymi lub gotowości do eksperymentowania, podobnie jak empatia, to cechy charakteryzujące przede wszystkim relację terapeutyczną, która stanowi zespół psychologicznych warunków ułatwiających i przyspieszających zmianę. Do rozpatrzenia pozostają więc jeszcze: poczucie mocy osobistej, motywacja do zmiany, identyfikacja, emocjonalne podtrzymanie i korektywne doświadczenie emocjonalne.

Poczucie mocy osobistej nie pojawiło się dotąd jako odrębny czynnik w analizowanych klasyfikacjach z zakresu psychoterapii grupowej, choć można sądzić, że jest to czynnik o dużym znaczeniu. Jak charakteryzują go cytowani autorzy (op. cit., str. 314):

„Poczucie mocy może płynąć z odnalezienia w sobie nie wykorzystanych rezerw spontaniczności, odwagi, twórczej energii i siły. Siła ta nie jest władzą nad innymi; jest raczej poczuciem posiadania zasobów potrzebnych do pokierowania swym życiem”.

Wydaje się, że poczucie mocy to czynnik stosunkowo złożony, obejmujący całą grupę czynników o zdecydowanie bardziej cząstkowym charakterze. Należy podkreślić, że podobnie jak humor nie wiąże się wyłącznie z procesem grupowym, gdyż poczucie siły u pacjenta, podobnie jak śmiech, może być stymulowane równie dobrze w warunkach kontaktu indywidualnego.

Motywacja do zmiany to kolejny czynnik, który również nie jest w żaden szczególny sposób związany z terapią grupową. Nie był on dotąd wymieniany w analizowanych pracach jako samodzielny czynnik, zapewne dlatego, że motywacja jest traktowana w psychoterapii jako jeden z oczywistych i najbardziej podstawowych warunków zmiany, zależny bardziej od cech pacjenta niż od procesu terapii. Jednak zgodnie z przyjętym w tej pracy rozumieniem czynników terapeutycznych, utożsamianych z osobistymi zasobami psychicznymi jednostki albo wewnętrznymi warunkami pożądanego sposobu przeżywania siebie i swej sytuacji, spełnia on kryterium zaliczenia go do wspólnych, elementarnych czynników terapeutycznych. Jak piszą M. Schneider-Correy i G. Correy (op. cit., str. 317):

„Osobiste postanowienie, że mam zamiar dokonać zmiany, jest samo w sobie terapeutyczne. Gdy ktoś jest wysoce motywowany, aby być aktywnym uczestnikiem grupy, są spore szanse, że zmiana nastąpi. Jednak aby rzeczywiście się to stało, uczestnicy powinni formułować plany i strategię działania, które będą mogli zastosować w codziennym życiu. Gdy stworzą już swój plan, jest sprawą kluczową, aby zobowiązali się do wykonania go. Taka motywacja, determinacja w kierunku zmiany oznacza też gotowość do zrobienia użytku z narzędzi oferowanych przez proces grupowy i przemyślenia sposobów modyfikacji swego zachowania i postępowania”.

Jak się wydaje, czynnik ten, dość blisko sąsiadujący z nadzieją i pozytywnymi oczekiwaniami od leczenia, może być utożsamiony z emocjonalnym zaangażowaniem się w proces zmiany i silnym pragnieniem uzyskania pożądanego efektów.

A. Fuhrman i G. Burlingame (1990), rozpatrując terapeutyczne znaczenie identyfikacji, podkreślają, że w psychoterapii grupowej pozwala ona pacjentowi wejść w bliską relację z innymi ludźmi, zarówno z terapeutą, jak i innymi osobami z grupy. Wypada jednak w tym miejscu zauważyć, że terapeutyczna identyfikacja to nie tylko pewna forma kontaktu, ale przede wszystkim proces kształtowania pozytywnego sposobu doświadczania siebie i własnej tożsamości. W terapii proces ten ma prowadzić do poszerzenia ja, wzrostu samooceny i poczucia własnej wartości.

W przypadku emocjonalnego podtrzymania znów mamy do czynienia z podwójnym znaczeniem tego terminu. Z jednej strony, wsparcie należy bowiem traktować jako rodzaj interwencji. Jest tak, kiedy mamy na myśli działania mające na celu udzielenie wsparcia. Interwencji dotyczy np. wypowiedź S. Kratochvila (1981, str. 279–300), kiedy pisze:

„Emocjonalne podtrzymanie jednostki w najprostszej formie znajduje swój wyraz w tym, że pozostali uczestnicy wysłuchują i starają się ją zrozumieć. Do tego dołącza się akceptacja i empatia. (...) Skuteczność emocjonalnego podtrzymania jest tym większa, im silniejsza może być serdeczność związku i empatia wyrażana przez pozostałych uczestników”.

Widać wyraźnie, że autorowi chodzi tu o zachowanie terapeuty lub innych uczestników grupy wobec pacjenta.

Jednak można mieć na myśli również poczucie oparcia, jakiego pacjent doświadcza, czując, że inni go rozumieją, wspierają i starają się mu pomóc. W tym przypadku chodzi o stan wewnętrzny i nastawienie psychiczne pacjenta, a więc mamy już do czynienia z elementarnym czynnikiem terapeutycznym.

Omawiany czynnik, czyli poczucie wsparcia emocjonalnego, możemy zatem przeciwstawić „załamaniu morale”, które opisywał J. Frank, i po części utożsamić z poczuciem mocy, tyle że płynącej z zewnątrz, bo od innych ludzi. Jego istotą jest poczucie bliskości, akceptacji i zrozumienia, jakie uzyskuje pacjent w sytuacji, gdy

czuje, że „inni go wysłuchują i starają się zrozumieć”, lub gdy w jeszcze bardziej bezpośredni sposób doświadcza ich serdeczności, zainteresowania i empatii. Czynniki te można utożsamić z czynnikiem „Poczucie bycia akceptowanym”, który w świetle obecnych rozważań zyskuje nazwę „Poczucie wsparcia”.

Korektywne doświadczenie emocjonalne z pewnością należy do bardzo ważnych elementów procesu terapeutycznego. Czynniki te figurowały na liście wspólnych czynników opisanych w poprzednim podrozdziale i wymieniane były również w cytowanych w obecnym podrozdziale klasyfikacjach. Tam jednak traktowany był albo jako jeden z aspektów interpersonalnego uczenia się, albo wiązany był z doświadczeniem o wyraźnie grupowym charakterze (korektywne doświadczenie rodzinnej sytuacji). Biorąc pod uwagę, że interpersonalne uczenie się to raczej ogólna interpretacja procesu psychoterapii niż pojedynczy jego element oraz uwzględniając znaczenie, jakie w psychoterapii ma doświadczenie emocjonalnie korektywne, wydaje się, że należy je traktować jako autonomiczny czynnik wspólny, mogący równie dobrze towarzyszyć relacjom grupowym, co indywidualnym.

Jak widać, ta dodatkowa analiza doprowadziła do zidentyfikowania jeszcze 5 czynników uzupełniających ostatecznie listę elementarnych, wspólnych czynników terapeutycznych, działających w psychoterapii grupowej. Są to: poczucie mocy osobistej (poczucie posiadania zasobów potrzebnych do pokierowania swoim życiem – Schneider-Correy i Correy), humor (wesołość, śmiech z samego siebie, któremu towarzyszy zobaczenie swych problemów w nowej perspektywie – Schneider-Correy i Correy), motywacja do zmiany (osobiste postanowienie dokonania zmiany i determinacja w kierunku zmiany – Schneider-Correy i Correy), identyfikacja (z terapeutą lub osobami znaczącymi w grupie – Fuhrman i Burlingame), korektywne doświadczenie emocjonalne (silnie podbarwione emocjami, przeżycie sytuacji, które koryguje niewłaściwą generalizację, wywołaną u pacjenta minionymi, dramatycznymi przeżyciami – Kratochvil).

Uzyskana w ten sposób lista obejmuje 15 czynników wspólnych, łączących się bezpośrednio ze sposobem przeżywania siebie i swej sytuacji, które powtarzają się często w pracach z zakresu psychoterapii grupowej.

Znajdują się na niej wyłącznie te czynniki wspólne, które mogą być uruchomione zarówno w terapeutycznych spotkaniach grupowych, jak i w spotkaniach o charakterze indywidualnym.

Należy zwrócić uwagę, że na liście tej znajdują się (w identycznej lub bardzo zbliżonej formie) wszystkie czynniki, w liczbie dwunastu, które pojawiły się w zestawieniu opracowanym i opisanym w poprzednim rozdziale. Fakt powtórzenia się czynników z podstawowej listy potwierdza rzetelność dokonanej analizy, a zarazem podkreśla istotne znaczenie dotąd zidentyfikowanych czynników.

Trzy czynniki uzupełniają listę czynników wspólnych skonstruowaną w poprzednim rozdziale. Są to: altruizm, uniwersalizacja, autoprezentacja.

Analiza czynników opisywanych w literaturze dotyczącej psychoterapii grupowej pozwoliła na:

- Potwierdzenie opracowanej wcześniej listy elementarnych czynników wspólnych.
- Poszerzenie interpretacji niektórych czynników, zwłaszcza takich, jak: „poczucie mocy osobistej”, „poczucie akceptacji”, „poszerzenie świadomości”, „emocjonalna mobilizacja i zaangażowanie”.

• Poszerzenie ostatecznej listy wspólnych czynników terapeutycznych o dodatkowe trzy czynniki.

Uzyskana ostatecznie lista, będąca syntezą cytowanych w literaturze klasyfikacji czynników terapeutycznych, stanowi obszerne i wyczerpujące zestawienie najbardziej istotnych, wewnętrznych warunków terapeutycznej zmiany. Po wprowadzeniu korekt uwarunkowanych kontekstem psychologicznej pomocy, świadczonej w sytuacji choroby somatycznej, dostarcza solidnej podstawy dla przedstawionego w następnym rozdziale modelu podstawowych czynników terapeutycznych wykorzystywanych w komunikacji terapeutycznej.

Zdecydowana większość wyodrębnionych czynników akcentuje emocjonalny aspekt osobistego doświadczenia, chociaż niektóre z nich, jak np. intelektualizacja lub uniwersalizacja, akcentują jego aspekt poznawczy, a niektóre, takie jak interakcja, autoprezentacja czy testowanie realności, akcentują przede wszystkim aspekt behawioralny. Niemniej jednak wszystkie wymienione na obecnej liście czynniki mogą być traktowane jako podstawowe, psychologiczne warunki konstruktywnego sposobu doświadczania siebie i swej sytuacji. Ten właśnie sposób doświadczania trudnej sytuacji jest sprawą o podstawowym znaczeniu w komunikacji terapeutycznej. Stąd też, po koniecznych w nowym kontekście opieki nad chorym somatycznie korektach, wymienione czynniki dostarczają obszernej charakterystyki sił, jakie należy w pacjencie uruchomić, aby ułatwić mu leczenie i dopomóc w adaptacji do sytuacji choroby.

Pełna lista zidentyfikowanych ostatecznie elementarnych czynników wspólnych wygląda następująco* (kolejność bez znaczenia):

- **Poczucie mocy (poczucie mocy osobistej)**
- **Poczucie bycia akceptowanym (poczucie wsparcia ze strony innych)**
- **Interakcja (poczucie kontaktu z innymi)**
- **Intelektualizacja (poszerzenie świadomości)**
- **Nadzieja (nadzieja)**
- **Czynnik egzystencjalny (poczucie sensu)**
- **Altruizm (altruizm)**
- **Uniwersalizacja (uniwersalizacja)**
- **Wentylacja (odreagowanie)**
- **Autoprezentacja (autoprezentacja)**
- **Testowanie realności (konfrontacja z rzeczywistością)**
- **Humor (poczucie humoru)**
- **Motywacja do zmiany (emocjonalna mobilizacja i zaangażowanie)**
- **Identyfikacja (identyfikacja z terapeutą)**
- **Korektywne doświadczenie emocjonalne (korektywne doświadczenie emocjonalne)**

* W nawiasach podane są odpowiedniki czynników wspólnych występujące na liście zamieszczonej w rozdziale drugim.

ROZDZIAŁ 4

KOMUNIKACJA TERAPEUTYCZNA – ZINTEGROWANY MODEL CZYNNIKÓW TERAPEUTYCZNYCH

4.1. Pojęcie komunikacji terapeutycznej

Przyjmując założenie, zgodnie z którym pomoc psychiczna powinna stanowić niezbędny element wszelkich interwencji medycznych, wypada na wstępie określić jej specyficzne cele.

Można określić je jako:

1. **Łagodzenie emocjonalnych skutków choroby** (szczególnie redukcja lęku, depresji, rozdrażnienia i poczucia bezradności).
2. **Wzmacnianie psychicznych sił i zasobów pacjenta potrzebnych w walce z chorobą** (budzenie nadziei, wzmacnianie poczucia własnej wartości, wzmacnianie poczucia kontroli, sensu itp.).
3. **Nawiązanie dobrej współpracy z pacjentem, w tym unikanie jatrogenii.**

Wymienione kierunki psychologicznego działania określają obszary aktywności, które łącznie określić można mianem komunikacji terapeutycznej, rozumianej jako wspierająca postawa terapeuty i wspomagający leczenie sposób komunikowania się z chorym (Motyka, 1997a; 1997b; 1997c; 1998; 1999a). Aktywność ta, z terapeutycznego punktu widzenia bardzo ważna, nie stanowi jednak samodzielnej metody leczenia, jak ma to miejsce w psychoterapii specjalistycznej.

Proponowane przeze mnie rozumienie komunikacji terapeutycznej jest zbliżone do znaczenia terminu psychoterapia elementarna używanego we wcześniejszych pracach M. Jarosza. Pisał on tam między innymi:

„O powodzeniu psychoterapii elementarnej decyduje więc nie tyle zasób wiedzy, co wykształcenie w sobie lub rozwinięcie odpowiedniej postawy wobec pacjenta, którą charakteryzuje umiejętność nawiązywania kontaktu z chorym człowiekiem i zrozumienie dla jego niedomagań”.

lub nieco dalej:

„Psychoterapię elementarną stosuje ten, kto chroni pacjenta przed sytuacjami urazowymi (jatrogennymi), zwiększa jego odporność psychiczną i potrafi wzbudzić w nim dążność do lekcewa-

żenia drobniejszych przypadłości i cieszenia się z małych nawet osiągnięć”. (Jarosz, 1971, str. 208).

Tę samą myśl wyrażają w innym miejscu H. Sęk i M. Jarosz (1978, str. 204), kiedy piszą:

„Szeroko rozumianą psychoterapię może i powinien stosować każdy lekarz w swoim kontakcie z pacjentem. Polega ona mianowicie nie tyle na stosowaniu – na podstawie specjalistycznej wiedzy – złożonych metod oddziaływania i nie wymaga specjalistycznych umiejętności, lecz podstawą jej jest zdolność przyjęcia odpowiedniej postawy względem człowieka chorego”.

Podobne stanowisko wyraża A. Kępiński (1972b), kiedy pisze o tzw. szerokim pojęciu psychoterapii:

„Z wielu form oddziaływania psychicznego człowieka na człowieka psychoterapia byłaby tą, która zarezerwowana jest dla stosunku lekarza do chorego. Jest to bardzo szerokie pojęcie psychoterapii. Mieszczą się w nim różne rodzaje oddziaływania psychicznego, zależnie od swoistości choroby, aktualnej sytuacji chorego, osobowości lekarza i kierunku jego specjalności, panujących zwyczajów w medycynie itp.” (op. cit., str. 260).

Zbliżoną myśl odnaleźć można w pracy J. Aleksandrowicza, S. Lедера i A. Pohoreckiej (1977, str. 118), w której piszą oni:

„Wszelkie porozumiewanie się z chorym, zaspokajające jego oczekiwania co do uzyskania informacji—odpowiedzi na dręczące go pytania i wątpliwości związane z zagrożeniem, jakie stwarza choroba; porozumiewanie się, które stwarza choremu poczucie, że ktoś go rozumie i chce mu pomóc, przekazuje swoje zainteresowanie i zaangażowanie uczuciowe – jest *oddziaływaniem psychoterapeutycznym*”.

Inne terminy odwołujące się do tak szerokiego rozumienia psychoterapii, to „psychoterapia przy łóżku chorego” czy „psychoterapia lekarska”.

O znaczeniu tej formy psychologicznego oddziaływania A. Kępiński (1977, str. 299) pisze w ten sposób:

„Nie należy lekceważyć tej improwizowanej psychoterapii; czasem jest ona znacznie skuteczniejsza od tej, którą prowadzą kwalifikowani specjaliści w tej dziedzinie. Nieraz spojrzenie lekarza, jego uspokajające słowo, gest, dotknięcie ręki przynoszą ulgę choremu, zmniejszają jego lękowe napięcie, a nawet odczuwanie bólu. W ten sam sposób leczniczo działają pielęgniarki; ich działanie jest może ważniejsze, gdyż znacznie częściej niż lekarz stykają się z chorym”.

Pewne istotne różnice pomiędzy rozwijaną przeze mnie koncepcją a stanowiskiem, podzielanym, jak widać, przez wielu autorów, dotyczą nadania pojęciu komunikacji terapeutycznej znacznie ściślej sprecyzowanego, a zarazem bardziej profesjonalnego znaczenia. Uważam bowiem, że stosowanie w sposób odpowiedzialny i skuteczny nawet stosunkowo prostych oddziaływań psychologicznych, ale o dużym znaczeniu terapeutycznym, nie może opierać się wyłącznie na dobrej woli, doświadczeniu i intuicji, lecz wymaga także choćby elementarnego przygotowania fachowego. Jest rzeczą oczywistą, że przygotowanie to będzie miało zupełnie inny charakter niż w przypadku psychoterapii kwalifikowanej (specjalistycznej) lub poradnictwa psychologicznego (*counselling*), niemniej jednak należy je uznać za niezbędne.

Nawiązując do pochodzącego od T. Parsonsa (1969), a wciąż popularnego rozróżnienia funkcji ekspresyjnej i instrumentalnej w opiece medycznej, można powiedzieć, że tę pierwszą można utożsamić z komunikacją terapeutyczną, tak jak ją rozumie M. Jarosz i wielu innych autorów, natomiast poszerzoną funkcję ekspresyjną stosowa-

ną w sposób świadomy i zreflektowany – z komunikacją terapeutyczną w proponowanym przeze mnie ujęciu. Pojęcie funkcji ekspresyjnej, do niedawna bardzo powszechnie stosowane w literaturze pielęgniarskiej, powinno być zresztą stopniowo zastępowane pojęciem komunikacji terapeutycznej, gdyż to drugie jest znacznie bardziej precyzyjne, a zarazem bardziej adekwatne wobec procesów, do których się bezpośrednio odnosi. Pojęcie funkcji ekspresyjnej w odniesieniu do konkretnych, psychologicznych działań lekarzy i pielęgniarek jest nieprecyzyjne, a częściowo nawet mylące, gdyż jako termin socjologiczny (a więc odnoszący się do relacji w skali makro), zastosowany do opisu rzeczywistości psychologicznej (relacji indywidualnej), niezbyt dobrze oddaje charakter procesów, jakie w kontakcie indywidualnym mają miejsce. Dlatego też używanie go w tej właśnie formie powinno mieć już dziś znaczenie głównie historyczne.

Pojęcie komunikacji terapeutycznej, rozumiane tak jak to powyżej przedstawiłem, jest bardzo zbliżone do pojęcia psychoterapii wspierającej. Jest to oczywiste, gdyż wsparcie psychiczne stanowi istotę komunikacji terapeutycznej. Podstawowym zadaniem komunikacji terapeutycznej jest bowiem wspieranie psychiczne pacjenta i jego sił obronnych w walce z chorobą lub w adaptacji do zmian wywołanych procesem chorobowym i leczeniem, kiedy zmian tych odwrócić się już nie da. Pojęcie to jest jednak szersze od pojęcia psychoterapii wspierającej, ponieważ obejmuje nie tylko adaptację chorego do zmian spowodowanych chorobą, ale także starania o odzyskanie i umocnienie zdrowia tam, gdzie jest to możliwe. Ponadto obejmuje szereg takich działań, jak np. dbanie o poprawę współpracy pacjenta z personelem medycznym, zapobieganie jatrogenii, doraźne próby rozwiązywania bieżących problemów i trudności pacjenta oraz elementy psychohigieny, edukacji i psychoprophylaktyki, czym zasadniczo psychoterapia wspierająca się nie zajmuje (por. Bloch, 1979; Gierowski, 1980; Lewicki, 1969; Werman, 1984).

Jak wynika z przedstawionej charakterystyki, proponowane przeze mnie pojęcie komunikacji terapeutycznej dla określenia terenu psychologicznych działań lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników opieki zdrowotnej leży na przecięciu się znaczeń takich terminów, jak psychoterapia wspierająca z jednej strony, a pomoc psychologiczna i poradnictwo psychologiczne (*counselling*) z drugiej.

Te ostatnie terminy również są bardzo zbliżone znaczeniowo (por. Czabała, Sęk 2000; Klimasiński, 2000), w związku z czym w niektórych sytuacjach może być uzasadnione zamienne posługiwanie się terminami: psychoterapia wspierająca, pomoc psychologiczna, poradnictwo psychologiczne czy komunikacja terapeutyczna. Niemniej jednak pełne utożsamianie znaczenia i zakresu tych pojęć nie wydaje się słuszne. Tak jak pojęcie psychoterapii wspierającej nie wyczerpuje w pełni zakresu znaczeniowego komunikacji terapeutycznej, tak z kolei pojęcie pomocy psychologicznej wyprowadza psychologiczne interwencje lekarzy i pielęgniarek z kontekstu, w którym faktycznie one zachodzą. Tymczasem nie można zapominać, że choć komunikacja terapeutyczna jest formą psychologicznej pomocy i może w niektórych przypadkach przyjmować postać doradztwa osobistego, to jest to jednak pomoc ściśle związana z chorobą i świadczoną w jej trakcie opieką medyczną. Jej podstawowa orientacja i cele mają charakter zdecydowanie medyczny (leczenie, pielęgnacja, rehabilitacja medyczna), a nie humanistyczny.

Pomoc psychologiczna natomiast ma orientację wyraźnie humanistyczną także w zakresie celów. Podstawowym jej celem jest bowiem nie tyle leczenie, co pomoc w rozwoju człowieka jako ludzkiej jednostki, rozwinięcie jej potencjalnych możliwo-

ści, przełamanie barier i zahamowań blokujących lub krępujących ten rozwój. Jest więc orientacją przede wszystkim na wartości humanistyczne i moralne. Zdrowie nie jest w niej celem najważniejszym. Traktowane jest raczej jako efekt uboczny realizacji bardziej podstawowych wartości ludzkiego bytu (por. Dąbrowski, 1979; Frankl, 1984; Jakubowska, 1994; Jankowski, 1975; Perls, 1981; Maslow, 1986; 1990; May, 1989; Rogers, 1961; 1970; 1991).

W komunikacji terapeutycznej jest inaczej. Tu celem bezpośrednim jest przede wszystkim zdrowie pacjenta i tej naczelnej wartości podporządkowane są interwencje terapeutyczne. Być może, iż na głębszym poziomie rzeczywistości zdrowie i realizacja podstawowych, ludzkich wartości, takich jak miłość, szacunek, godność, prawda, odwaga i uczciwość są, jak chce psychologia humanistyczna, ściśle z sobą powiązane. Niemniej jednak w warunkach, w których na co dzień przychodzi interweniować lekarzom i pielęgniarkom, powiązania te nie wydają się już tak bezpośrednie i oczywiste. Dlatego też ich działania są zdominowane wartością podstawową dla terapii, jaką jest zdrowie konkretnego pacjenta.

Przywracanie i umacnianie równowagi emocjonalnej będzie więc rozpatrywane przede wszystkim w kontekście jego problemów zdrowotnych, choć w pewnych sytuacjach, jak tam, gdzie powrót do zdrowia okazuje się niemożliwy, np. w opiece terminalnej, hierarchia wartości może ulec pewnemu odwróceniu. Nic dziwnego zresztą, że ten właśnie moment bywa w praktyce sytuacją krytyczną dla wielu lekarzy i pielęgniarek, którzy nie mogąc już nic więcej zrobić dla zdrowia pacjenta w płaszczyźnie biologicznej, odsuwają się od niego także w płaszczyźnie społecznej i psychologicznej. Być może, chronią się w ten sposób przed poczuciem własnej porażki, bezradności, a czasem nawet i winy. Nie dostrzegając innych istotnych wymiarów sytuacji chorego, poza jej wymiarem biologicznym, nabierają mylnego przekonania, że „nie ma tu już nic do zrobienia”.

Wracając do problemu różnic pomiędzy pomocą psychologiczną a psychoterapią, warto w tym miejscu przytoczyć rozróżnienie, na które powołuje się A. Kokoszka (1993a, str. 14–15). Pisze on:

„Psychoterapia opiera się na diagnozie medycznej i odwołuje się do koncepcji zdrowia i choroby. Pomoc psychologiczna zaś opiera się na diagnozie psychologicznej, podporządkowanej określeniu tego, co dla konkretnego człowieka jest korzystne – dobre, a co niekorzystne, złe (...). Pomagający uważany jest za eksperta posiadającego wiedzę na ten temat. W istocie jest on doradcą proponującym pewne sposoby myślenia, przeżywania czy doświadczenia, które mogą być pomocne w znalezieniu rozwiązania problemu. (...) Warto pamiętać, że niektóre zjawiska (kontakt, więź indywidualna i grupowa) i techniki rozumiane jako procedury postępowania (np. poprawiające komunikację) mogą być wykorzystywane we wszystkich tych oddziaływaniach (psychoterapii, pomocy psychologicznej, wychowaniu). Jest to niekiedy przyczyną błędnego utożsamiania rozróżnionych oddziaływań, które choć posługują się często podobnymi lub nawet takimi samymi metodami, to jednak wykorzystują je w różnych celach”.

Konieczność wprowadzenia i rozpowszechnienia terminu „komunikacja terapeutyczna” w profesjonalnym języku medycyny i zawodów pokrewnych wynika przede wszystkim z praktycznej potrzeby wyróżnienia szczególnej formy psychoterapii, a ściślej pewnych jej elementów, które wpisane w paradygmat medyczny dotycząy chorób somatycznych wzbogacają go o płaszczyznę niezbędną dla budowania właściwej relacji z pacjentem. Trzeba powiedzieć, że pomimo niewątpliwie pozytywnych efektów, jakie w tym zakresie przyniósł nurt prac dotyczących komunikowania się

w medycynie (por. Froelich, Bishop, 1977; Gordon, Edwards, 1999; Hebanowski, Kliszcz, Trzeciak, 1994; Korsch, Harding, 1999; Mayerscough, Ford, 2001), znaczące poszerzenie biomedycznej perspektywy spojrzenia na chorego w praktyce nie powiodło się. Silniejsze akcentowanie powiązań tego nurtu z psychoterapią powinno przynieść lepsze efekty.

Komunikacja terapeutyczna korzystać może i powinna z osiągnięć wszystkich współczesnych kierunków psychologii i psychoterapii, przenosząc je na grunt tej właśnie relacji (leczenia, pielęgnowania, rehabilitacji). Tworzy ona koncepcyjne ramy odniesienia dla tych wszystkich doraźnych i niezbyt głębokich, psychologicznych oddziaływań, które są (lub powinny być) domeną lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantów. Stosowanie wobec niej takich określeń, jak pomoc psychologiczna z jednej strony lub psychoterapia wspierająca z drugiej, choć dopuszczalne, nie wydaje się w pełni właściwe, jako że po bliższej analizie okazuje się, iż nie całkiem odpowiadają one jej treściom i specyfice związanej z kontekstem stosowania.

Podobnie, traktowanie komunikacji terapeutycznej, nazywanej niekiedy psychoterapią przy łóżku chorego (Jarosz, 1971; 1978; Susułowska, 1976), za działania oparte wyłącznie na dobrej woli i intuicji terapeuty lub za wyraz jego osobistej kultury (tak proste i oczywiste, że jakkolwiek teoretyczna podbudowa i profesjonalne przygotowanie są zbędne), również nie wydaje się przekonujące.

Uważam, że wprowadzenie komunikacji terapeutycznej do medycyny w formie spójnego i uporządkowanego systemu pojęć oraz stosownego zasobu psychologicznych umiejętności, dobrze dopasowanych do potrzeb zawodów medycznych (leczenie, pielęgnowanie, rehabilitacja), pomoże wreszcie zlikwidować tę ogromną przepaść, jaka wciąż dzieli biologicznie zorientowaną opiekę medyczną od psychoterapii specjalistycznej.

Psychoterapia rozumiana jako samodzielna metoda leczenia wymaga bowiem kwalifikacji niemożliwych do uzyskania dla przeciętnego pracownika służby zdrowia, który nie ma ani ambicji, ani rzeczywistej potrzeby stania się wykwalifikowanym psychoterapeutą. Zwykle nie jest on też zainteresowany drogim i bardzo czasochłonnym szkoleniem w tym kierunku. Być może, tu właśnie leży odpowiedź na niezwykle ważne pytanie, które dobitnie sformułował prof. S. Leder na XVII Światowym Zjeździe Psychoterapii:

„Dlaczego dzieje się tak, że racjonalne propozycje i argumenty postulujące wprowadzenie psychoterapii do nauk medycznych, istnienie i rozwój kompleksowego, integracyjnego modelu teoretycznego oraz wysiłki wielu psychoterapeutów mają tak znikomy wpływ na to, co dzieje się w praktyce klinicznej w większości systemów opieki zdrowotnej i w instytucjach kształcących lekarzy? Czy jest to nieuniknionym rezultatem rozwoju współczesnej medycyny?” (Leder, 2000, str. 36).

Masowe wprowadzenie w normalny system kształcenia personelu medycznego psychoterapii specjalistycznej, nawet w formie wybranych elementów i zagadnień, nie wydaje się w pełni możliwe i, jak widać z wyżej przytoczonej wypowiedzi, wieloletnie próby idące w tym właśnie kierunku nie przyniosły, jak dotąd, zadowalających rezultatów (por. też Gapik, 1998; Obara, Rębała, 1998). Natomiast wprowadzenie w system kształcenia medycznego propozycji, której dostarcza komunikacja terapeutyczna, wydaje się w pełni realne, chociaż być może wymaga to jeszcze dopracowania niektórych elementów proponowanego systemu pojęć oraz wysiłku towarzyszącego przebijaniu

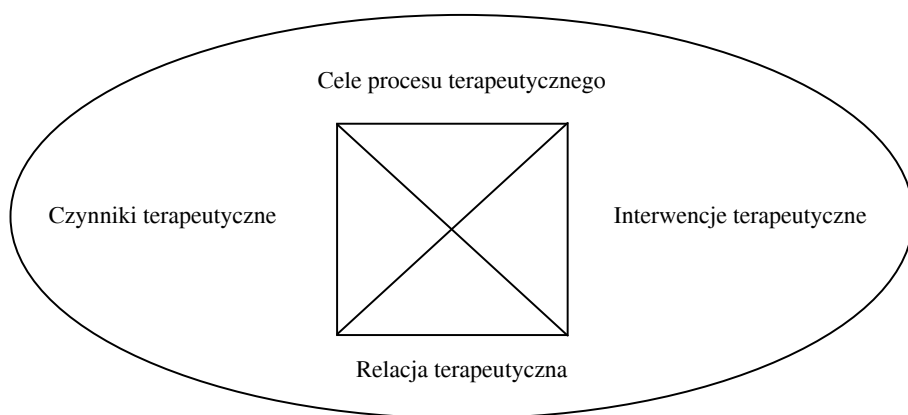
się nowej propozycji przez opór, na jaki może natrafić, zarówno ze strony biologicznie zorientowanych lekarzy, jak i samych psychoterapeutów.

Komunikacja terapeutyczna jako pewna wyłaniająca się dopiero, sygnalizowana w obecnej pracy, dziedzina wiedzy stosowanej oraz umiejętności przydatnych w kształtowaniu terapeutycznej relacji pacjent – personel medyczny, w sposób oczywisty musi korzystać z dorobku psychologii, w tym szczególnie psychologii klinicznej i psychologii zdrowia oraz z dorobku psychoterapii specjalistycznej. W tworzeniu jej teoretycznych podstaw chodzi głównie o właściwy wybór niezbędnych elementów wiedzy psychologicznej i psychoterapeutycznej oraz ich integrację w spójny system, dostosowany do potrzeb i charakteru zadań mających miejsce w codziennej praktyce medycznej.

Tematycznie komunikacja terapeutyczna jako wspomagający leczenie sposób komunikowania się z chorym obejmować powinna zagadnienia dotyczące jej celów, następnie zasad komunikowania się istotnych dla budowania relacji terapeutycznej oraz zasad udzielania wsparcia psychicznego przy wykorzystaniu tzw. wspólnych czynników psychoterapii. Można bowiem przyjąć, że pozytywne efekty komunikacji terapeutycznej to skutek przestrzegania zasad efektywnej komunikacji interpersonalnej prowadzącej do nawiązania dobrego kontaktu z pacjentem (por. Arnold, Boggs, 1993; Bradley, Edinberg, 1982; Hebanowski i in., 1994; Froelich, Bishop, 1977; Hein, 1980; van Meer, van Neijenhof, 1993; Nęcki, 1992) oraz umiejętnego korzystania z tzw. wspólnych czynników psychoterapii (por. Aleksandrowicz, 1994; Czabała, 1997; Frank, 1977; Poprawa, 1996; 1997; Torrey, 1981).

Do podstawowych składników tworzących teoretyczny model omawianej tu formy pomocy psychologicznej, należy zaliczyć ponadto interwencje terapeutyczne, czyli działania osób pomagających, których celem jest aktywizacja tych właśnie czynników.

Graficznie, relacje pomiędzy poszczególnymi składnikami wiedzy budującymi teoretyczne podstawy komunikacji terapeutycznej, można przedstawić w formie kwadratu, w który wpisane są 4 równoboczne trójkąty reprezentujące kolejno: wiedzę na temat celów udzielanej pomocy, ogólnych zasad komunikowania się i budowania relacji terapeutycznej, podstawowych interwencji terapeutycznych oraz na temat wspólnych czynników terapeutycznych.



Ryc. 1. Składowe elementy wiedzy z zakresu komunikacji terapeutycznej

4.2. Ogólne cele procesu terapeutycznego

Specyficzne cele komunikacji terapeutycznej jako określonego typu działań zostały wyraźnie sformułowane na wstępie tego rozdziału. Zaliczono do nich łagodzenie emocjonalnych skutków choroby, wzmacnianie psychicznych sił pacjenta oraz nawiązanie z nim dobrej współpracy i unikanie jatrogenii. Można powiedzieć, że wyznaczają one zakres konkretnych kierunków psychologicznego działania, które powinno towarzyszyć wszelkim interwencjom o charakterze medycznym, w sytuacji choroby.

Pragnąc uchwycić istotę procesu, z jakim mamy do czynienia w psychoterapii, a w komunikacji terapeutycznej w szczególności, należy jednak pójść nieco dalej, wskazując na trzy bardziej ogólne cele terapeutycznej zmiany. Podczas gdy wcześniej wymienione cele należy traktować jako odnoszące się wyłącznie do komunikacji terapeutycznej, to wymienione poniżej mają charakter ogólniejszy i dotyczą tego, co, moim zdaniem, jest wspólne w dążeniach każdej z form psychoterapii. Te wspólne, choć nie zawsze wyraźnie artykułowane cele, to:

- integracja urazowych, osobistych doświadczeń jednostki,
- przynajmniej częściowa gratyfikacja jej potrzeb psychologicznych (w psychoterapii specjalistycznej cel ten przyjmuje nieco inną formę – chodzi tam bowiem o odzyskanie przez jednostkę zdolności do gratyfikacji jej autentycznych potrzeb i rezygnację z zaspokajania potrzeb neurotycznych),
- nabywanie nowej wiedzy, doświadczeń i umiejętności.

Wymienione cele procesu terapeutycznego, w odniesieniu do komunikacji terapeutycznej dostarczają ogólnej, teoretycznej interpretacji zachodzących w niej procesów. Komunikacja terapeutyczna to, jak wiemy, pomoc pacjentowi w przystosowaniu się do trudnej sytuacji wywołanej chorobą, a jednocześnie w walce o odzyskanie zdrowia. W świetle przedstawionych celów pomoc tę można interpretować jako proces integracji bolesnych doświadczeń związanych z chorobą i leczeniem, zaspokajania najważniejszych, psychologicznych potrzeb aktywnych w tym okresie oraz zdobywania nowych doświadczeń i umiejętności przydatnych w radzeniu sobie ze stresem choroby oraz w próbach odzyskania zdrowia. W odróżnieniu od psychoterapii specjalistycznej działania terapeutyczne w tym przypadku mają wyraźnie charakter sytuacyjny, bezpośrednio związany z chorobą i leczeniem. Nie są ukierunkowane na rozwiązywanie problemów o charakterze intrapsychicznym, a więc na pomoc w integracji wewnętrznych konfliktów i przeżyć, ani na pomoc w odzyskiwaniu utraconej zdolności do zaspokajania potrzeb, czy w usuwaniu głębokich deficytów umiejętności interpersonalnych. Koncentrują się na integracji przeżyć związanych z aktualną sytuacją, na przezwyciężaniu aktualnych i realnych frustracji oraz na pomocy w nabywaniu pożądaných umiejętności postępowania w chorobie.

Integracja urazowych doświadczeń

Wśród wymienionych ogólnych celów procesu terapeutycznego na pierwszym miejscu została wymieniona integracja doświadczeń. Chodzi tu zwłaszcza o pomoc pacjentowi w asymilacji tych wszelkich, bolesnych informacji i przeżyć, jakie często towarzyszą chorobie. Proces ten bywa szczególnie trudny i bolesny w poważnych cho-

robach o ciężkim przebiegu i niekorzystnym rokowaniu, które uniemożliwiają dotychczasowy sposób funkcjonowania, łączą się z bólem i cierpieniem oraz w drastyczny sposób zmieniają dotychczasową perspektywę spojrzenia na życie. Psychika chorego w takiej sytuacji musi radzić sobie ze szczególnie dużą liczbą niekorzystnych informacji oraz bolesnych i nieprzyjemnych doświadczeń emocjonalnych. Czy pacjent chce tego czy nie, przykre przeżycia stają się jego udziałem, gdyż nie może on radykalnie zmienić swej obiektywnej sytuacji. Musi więc w jakiś sposób, odpowiadający najlepiej jego indywidualnym cechom i możliwościom, z sytuacją tą się skonfrontować.

Zależnie od cech konkretnej choroby i posiadanych przez chorego zasobów, strategii i stylów radzenia sobie, konfrontacja ta może przebiegać rozmaicie. Jak wynika z badań na temat stylów i strategii radzenia sobie (por. rozdział 1), w podejściu pacjenta może dominować unikanie konfrontacji z bolesnym doświadczeniem rzeczywistości lub odwrotnie, koncentracja na tym doświadczeniu, spostrzeganym jako zadanie, z którym trzeba sobie poradzić. Jeszcze inną możliwością jest koncentracja na sposobach łagodzenia doświadczanych emocji. Różne sposoby radzenia sobie ze stresem choroby nie są zresztą całkiem niezależne i często współwystępują z sobą (Łosiak, 1994; 1999a). Każdy z tych sposobów można traktować jako indywidualną reakcję na trudne i konfliktowe doświadczenie.

Literatura dotycząca problematyki radzenia sobie ze stresem podejmuje opis próby integracji takich doświadczeń niejako od zewnątrz. Uwzględnia przede wszystkim zobiektywizowany opis zachodzących wówczas procesów przyjmujących formy oszacowań poznawczych, reakcji emocjonalnych i zachowań zaradczych. W kontekście psychoterapii szczególnie interesujące natomiast jest to, co dzieje się w wewnętrznym polu doświadczeń pacjenta. Wraz z rosnącą liczbą doświadczeń, które nie zostają przyjęte lub zaakceptowane przez świadomość, zwiększa się liczba elementów doświadczenia niezintegrowanego z całością. Mechanizmy adaptacyjne i obronne mogą zapewnić przejściowe przystosowanie i pozorną zgodność pomiędzy sprzecznymi elementami, lecz ich wzmożona aktywność pochłania wiele energii psychicznej, co przy dużej ilości materiału niezintegrowanego może okazać się niewystarczające dla stłumienia rodzących się napięć.

Znaczenie wewnętrznej integracji doświadczeń, dla zdrowego funkcjonowania psychiki, podkreślane jest zarówno w koncepcjach psychodynamicznych, jak i humanistycznych oraz w innych opracowaniach wywodzących się spoza tych teorii (por. Dąbrowski, 1975; Kępiński, 1972b; 1974; Stiles i wsp., 1990; Terruwe, Baars, 1987).

W psychoterapii specjalistycznej wypieranie pewnych doświadczeń lub pojawianie się ich w formie zdysocjowanych i odszczepionych od głównego nurtu świadomości elementów związane jest z urazowymi sytuacjami w dzieciństwie (psychoanaliza), z zahamowaniem rozwoju autentycznego ja na skutek błędnych i szkodliwych naciśków otoczenia (psychologia humanistyczna) albo też z dysfunkcyjnym systemem przekonań (psychologia poznawcza). We wszystkich tych przypadkach źródło zaburzeń rozumiane jest jako niewłaściwy stosunek do siebie i do innych, uwarunkowany przeszłymi doświadczeniami, zakodowanymi w psychicznej strukturze pacjenta.

W komunikacji terapeutycznej źródłem przykrych przeżyć i braku integracji jest, jak już wspominałem, aktualna, trudna sytuacja wynikająca z choroby i jej bezpośrednich konsekwencji. Głębsze, indywidualne problemy i konflikty pacjenta związane z przeszłymi, urazowymi doświadczeniami, mogą co prawda wywierać pewien wpływ na przebieg choroby i leczenia, jednak problemy te nie są przedmiotem podejmowa-

nych oddziaływań psychoterapeutycznych. Pomoc w integracji doświadczeń odnosi się tu wyłącznie do doświadczeń związanych z aktualną sytuacją choroby i leczenia. W razie ujawnienia się głębszej problematyki i konieczności pracy nad neurotycznymi konfliktami, pacjent powinien zostać objęty psychoterapią specjalistyczną i skierowany w tym celu do odpowiedniego fachowca.

Klinicznego opisu zjawisk zachodzących podczas procesu integracji doświadczeń związanych z poważną chorobą somatyczną prowadzącą do śmierci dostarcza koncepcja E. Kübler-Ross (1979). Opisuje ona kolejne etapy tego procesu, takie jak zaprzeczanie, bunt, targowanie się, depresja i ostateczna akceptacja. Wprawdzie koncepcja ta, zdaniem autorki, dotyczy psychologicznych zjawisk pojawiających się w stanach terminalnych, to jednak opisane przez nią zjawiska należy traktować zdecydowanie szerzej, jako wyraz adaptacyjnych wysiłków psychiki, towarzyszących integracji wszelkich problemowych doświadczeń związanych z chorobą lub trudną sytuacją (Motyka, 1999a).

Ważne cechy procesu integracji doświadczeń związanych z chorobą, wyrażające się w wielokrotnie powtarzającej się oscylacji pomiędzy fazą konfrontacji i odwrotu, dobrze odzwierciedla także koncepcja F. Shonza (1975). Koncepcja ta opisuje pięć faz w reakcji na kryzys, określając je jako fazę przed wystąpieniem kryzysu, fazę szoku, fazę konfrontacji, fazę odwrotu i fazę stopniowego odrzucania stosowanych mechanizmów obronnych.

Zadaniem osób opiekujących się chorym w ramach komunikacji terapeutycznej jest towarzyszenie pacjentowi na różnych etapach opisywanego przez E. Kübler-Ross czy F. Shonza procesu. Owo towarzyszenie pacjentowi to przede wszystkim kontakt terapeutyczny oraz akceptacja i pomoc w wyrażaniu pojawiających się uczuć. Działania te to również umiejętne stymulowanie i innych czynników terapeutycznych. W przypadku złego rokowania niekiedy bardziej terapeutyczna może okazać się pomoc pacjentowi w podtrzymywaniu nadziei i w unikaniu konfrontacji z trudną rzeczywistością niż przekazywanie mu pełnej wiedzy o chorobie. Będzie tak zwłaszcza w sytuacji, gdy konfrontacja taka byłaby dla pacjenta zbyt bolesna, przekraczając jego aktualne możliwości psychiczne. Musi być on do niej odpowiednio przygotowany, przy czym trzeba się liczyć z tym, że niektórzy chorzy nigdy nie będą do niej gotowi. Ważne adaptacyjne rozwiązania dobrze opisuje koncepcja J. Taylor (1983; 1984), według której terapeuta może towarzyszyć na tym etapie pacjentowi, poszukując wraz z nim poczucia pozytywnego sensu mających miejsce zdarzeń, pomagając w zdobywaniu poczucia kontroli nad sytuacją i wzmacniając jego poczucie własnej wartości.

Integracja osobistych doświadczeń pacjenta, jako ważny cel komunikacji terapeutycznej, znajduje ciekawą, całościową interpretację teoretyczną w opracowanym przez W. Stilesa i współpracowników (1990) modelu asymilacji doświadczeń problemowych.

Model ten traktuje psychoterapię jako proces przekształcania i asymilacji trudnych i problemowych doświadczeń pacjenta, pozwalający na ich włączenie w przystosowawcze schematy zawierające elementy poznawcze i związane z nimi wzory zachowania. Doświadczenia problemowe to doświadczenia, które nie pasują do dotychczasowych schematów poznawczych i w związku z tym są przeżywane jako obce. Budzi to psychiczny dyskomfort. Psychoterapia dokonuje stosownych przekształceń zarówno w obrębie nowych doświadczeń, jak i posiadanych schematów, co prowadzi do wewnętrznej zgodności i usunięcia tego dyskomfortu. Dla opisu procesów zachodzących

podczas integracji doświadczeń autorzy używają pojęć asymilacji i akomodacji zaczerpniętych z koncepcji J. Piageta.

Asymilacja doświadczeń problemowych wymaga uświadomienia rozbieżności, jaka zachodzi pomiędzy nimi a posiadanymi schematami. Dlatego też w psychoterapii pacjent jest konfrontowany z niechcianymi myślami oraz bolesnymi doświadczeniami i uczuciami. Przeżywanie jest przekształcane na mówienie o przeżyciach, co pozwala zapoczątkować proces przystosowywania posiadanych schematów (słowa i uogólnienia, którymi posługuje się pacjent), do przeżyć, które były dotąd objęte wyparciem.

Wgląd oznacza tu nabywanie przez pacjenta nowej perspektywy i nowej wiedzy o sobie oraz własnych relacjach z innymi. Oznacza więc pojawienie się nowych schematów pozwalających lepiej zintegrować (pomieścić) dotychczasowe doświadczenie pacjenta i nową wiedzę, którą uzyskał. Relacja psychoterapeutyczna wraz z całym przebiegiem procesu psychoterapii ma stworzyć warunki ułatwiające przełamanie oporu przed uświadomieniem sobie urazowych doświadczeń, a następnie ich integrację z posiadanymi schematami. Wymaga to wprowadzenia do nich pewnych zmian. Zgodnie z omawianym modelem, psychoterapia wiąże się z uświadomieniem przykrych doświadczeń, czemu towarzyszą przykre doznania emocjonalne. Świadome przeżywanie problemu prowadzi jednak do jego lepszego zrozumienia i akceptacji, a zarazem stwarza możliwość konstruktywnego wykorzystania w życiu tych doświadczeń, od których dotąd pacjent usiłował się odciąć. Dotychczasowe schematy poznawcze ulegają akomodacji, stając się spójne z doświadczeniem, co prowadzi do redukcji cierpienia.

Przedstawiony tu model, choć akcentuje pojęcia typowe dla psychoterapii specjalistycznej, po niewielkich modyfikacjach może być z powodzeniem wykorzystany w komunikacji terapeutycznej. Ujmuje bowiem proces zmiany w psychoterapii jako proces psychicznej reorganizacji dotychczasowego doświadczenia. O ile w psychoterapii specjalistycznej proces ten dotyczyć będzie reorganizacji doświadczeń związanych z głębszą, indywidualną problematyką pacjenta (podświadome konflikty intrapsychiczne), o tyle w komunikacji terapeutycznej proces integracji dotyczyć będzie jego aktualnych i realnych doświadczeń. Są one trudne do przyjęcia przez chorego nie ze względu na dynamikę wewnętrznych konfliktów i posiadaną symbolikę, lecz ze względu na ich aktualne i realne, groźne znaczenie dla jego obecnej i przyszłej egzystencji, niezależnie od jego osobowości czy przeszłych doświadczeń z osobami znaczącymi.

Kolejne dwa założenia tego modelu, tj. koncentracja uwagi na bolesnych doświadczeniach życiowych (rozumienie sytuacji – konfrontacja z rzeczywistością) oraz dążenie do wypracowania spójnego schematu, w którym mogą być zrozumiane dotychczasowe, bolesne przeżycia – nadanie im osobistego sensu, również zdają się dobrze ilustrować podstawowe zasady pracy w komunikacji terapeutycznej. Zasadnicza różnica dotyczy jedynie rodzaju doświadczeń, na jakich wspólnie z pacjentem ma koncentrować się terapeuta oraz stylu jego pracy. W komunikacji terapeutycznej będą to przeżycia związane z chorobą, a w psychoterapii specjalistycznej przeżycia związane z wewnętrznymi konfliktami. Jeżeli chodzi o styl pracy terapeutycznej, to w komunikacji terapeutycznej będzie on zdecydowanie bardziej wspierający niż odkrywający i konfrontujący.

Gratyfikacja potrzeb

Następnym po integracji doświadczeń, podstawowym, ogólnym celem zmiany terapeutycznej jest gratyfikacja potrzeb. W zasadzie każdy proces psychoterapii w jakimś stopniu, mniej lub bardziej świadomie, zmierza do tego celu. Niektórzy terapeuci, jak np. K. Jankowski (1975; 1994), traktują psychoterapię wręcz jako pewnego rodzaju trening, który ma nauczyć pacjenta zaspokajania w pełniejszy niż dotąd sposób jego podstawowych, a niespełnionych potrzeb psychicznych. Inni autorzy są bardziej wstrzemięźliwi z taką interpretacją, ale i oni uważają gratyfikację potrzeb emocjonalnych pacjenta za ważny i wspólny dla różnych kierunków psychoterapii element. Jak pisze B. Killingmo (1995, str. 144):

„Wiele sukcesów leczniczych w terapiach krótkoterminowych lub podtrzymujących zostaje osiągniętych właśnie dzięki nie rozwiązany i nie zanalizowanym pozytywnym przeniesieniom, umożliwiającym zaspokajanie potrzeb”.

i nieco dalej:

„Zaspokojenie stanowi istotny składnik wszystkich terapii nieanalitycznych. Mamy tu na myśli przypadki, kiedy leczenie w ten czy inny sposób potwierdza lub spełnia dziecięce żądania pacjenta dotyczące miłości. Terapeuta nie musi koniecznie być odbierany w pozytywny sposób. Wystarczy, że jest stanowczy, konsekwentny i umie ograniczać działania pacjenta. W obydwu przypadkach spełnia jego nieświadome oczekiwania co do autorytetu, którego zalecenia należy przestrzegać”.

Cytowane fragmenty dobrze charakteryzują zjawisko symbolicznego zaspokojenia ważnych potrzeb psychicznych pacjenta, do którego dochodzi we wspierającej relacji terapeutycznej nawiązywanej w ramach komunikacji terapeutycznej. Zasadniczą różnicą pomiędzy psychoterapią specjalistyczną a komunikacją terapeutyczną w tym względzie jest to, że podczas gdy w psychoterapii specjalistycznej chodzi o odzyskanie zdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb, to w komunikacji terapeutycznej pomoc w ich gratyfikacji może być traktowana jako cel ważny sam w sobie. Z jednej strony mamy tu bowiem do czynienia ze wspomnianą już, zachodzącą w pozytywnym przeniesieniu, symboliczną gratyfikacją niektórych głębszych, emocjonalnych potrzeb pacjenta, a z drugiej z rzeczywistym, częściowym zaspokojeniem tych jego ważnych, aktualnych potrzeb, których możliwości zaspokojenia w chorobie uległy poważnym ograniczeniom.

Choroba utrudnia zaspokojenie wielu ważnych potrzeb psychicznych, choćby takich, jak potrzeba bezpieczeństwa, akceptacji, znaczenia czy samorealizacji. Relacja terapeutyczna dostarcza przynajmniej częściowego ich zaspokojenia. Jej zadaniem, jak wiemy, jest dostarczenie pacjentowi zarówno poczucia bezpieczeństwa, jak i akceptacji oraz znaczenia, co ma ogromne znaczenie terapeutyczne. Omawiany tu, emocjonalny aspekt relacji terapeutycznej powinien być kontrolowany przez osobę pomagającą i równoważony przez aspekt zadaniowy. Ponadto powinien mieć charakter bardziej wspierający niż substytucyjny, gdyż w przeciwnym wypadku sam mógłby stać się źródłem nowych kłopotów, tym razem wynikających z nadmiernego uzależnienia pacjenta od swego opiekuna.

Nabywanie potrzebnej wiedzy, doświadczeń i umiejętności

Ostatnim, ogólnym celem zmiany terapeutycznej, jaki należy brać pod uwagę w komunikacji terapeutycznej, jest zdobycie przez chorego potrzebnej mu wiedzy, doświadczeń i umiejętności, pozwalających na lepsze radzenie sobie z sytuacją, w jakiej się znalazł, zwłaszcza w odniesieniu do tych jej aspektów, które budzą jego szczególny niepokój. W różnych formach psychoterapii specjalistycznej cel ten dotyczy zarówno nabywania przystosowawczych zachowań i oduczania zachowań patologicznych (Klimasiński, 2000), jak i nabywania nowych doświadczeń – nowej wiedzy o sobie i innych oraz nowych umiejętności, szczególnie interpersonalnych. Jak formułuje to Cz. Czabała (1997, str. 246), podsumowując różne ujęcia psychoterapii:

„Psychoterapia to takie oddziaływania leczące, w wyniku których pacjent zdobywa nowe doświadczenia emocjonalne, nową wiedzę i uczy się nowych wzorców reagowania i zachowania. Pozwalają one pacjentowi na poszukiwanie nowych sposobów rozwiązywania własnych problemów, które doprowadziły do powstania objawów”.

Zasadnicza różnica pomiędzy psychoterapią a komunikacją terapeutyczną w omawianej kategorii celów, dotyczy treści uczenia się, a więc tego, czego pacjent się uczy.

Według Cz. Czabały (op. cit.), do najważniejszych źródeł trudności, które pacjent uczy się przezwyciężać dzięki specjalistycznej psychoterapii, należą sprzeczności w systemie jego potrzeb, sprzeczności pomiędzy jego potrzebami a możliwościami ich zaspokojenia, sprzeczności pomiędzy potrzebami a zadaniami, sprzeczności pomiędzy zadaniami a możliwościami ich realizacji oraz sprzeczności między oczekiwaniami i wymaganiami ze strony innych a dostępnymi środkami umożliwiającymi pacjentowi ich spełnienie.

W przypadku komunikacji terapeutycznej mamy do czynienia głównie ze sprzecznością pomiędzy potrzebami i zadaniami jednostki a osłabionymi przez chorobę możliwościami ich zaspokojenia i realizacji. Źródło problemów i ograniczeń ma tu przede wszystkim charakter zewnętrzny i jest jednoznacznie identyfikowane z chorobą oraz jej psychologicznymi skutkami. Wynika z konsekwencji choroby dla życia społecznego, zawodowego i rodzinnego pacjenta. Można zatem powiedzieć, że pożądana zmiana w komunikacji terapeutycznej to, podobnie jak w psychoterapii specjalistycznej, uczenie pacjenta kierowania swoim życiem, ale tym razem wyraźnie ograniczone do problemów spowodowanych chorobą, stanowiących jej bezpośredni albo pośredni skutek.

W praktyce komunikacji terapeutycznej sprowadzać się to będzie głównie do uczenia pacjenta korzystania z posiadanych przez niego zasobów osobistych w celu zwalczania emocjonalnych skutków choroby, poprawy jakości życia oraz uczenia współpracy z opiekującymi się nim specjalistami. Chodzi tu zwłaszcza o poszerzenie jego umiejętności zaradczych oraz wiedzy i postaw pozwalających na lepsze przystosowanie się do wymagań sytuacji wynikającej z choroby. Oznaczać to może również uczenie pacjenta pewnych nowych technik radzenia sobie z emocjami lub mobilizowania zasobów psychicznych, np. poprzez odpowiednio zaplanowane ćwiczenia relaksacyjne albo terapeutyczne wizualizacje (Simonton i in., 1993; 1996).

Na koniec trzeba zwrócić uwagę, że omawiana kategoria celów bardzo bliska jest temu, co w medycynie określane jest mianem edukacji zdrowotnej, przy czym istotna różnica polegałaby na znacznym zawężeniu zadań owej „edukacji” w komunikacji

terapeutycznej wyłącznie do spraw, wyraźnie niepokojących pacjenta lub owocujących innymi negatywnymi emocjami, takimi jak np. gniew lub depresja.

4.3. Relacja terapeutyczna

Wytworzenie relacji terapeutycznej ma podstawowe znaczenie dla procesu psychoterapii. Fakt ten jest doceniany w zasadzie przez wszystkie orientacje teoretyczne. Uwzględniają go nawet koncepcje behawioralne i poznawcze, podkreślając rolę, jaką dla efektów terapii ma zaufanie pacjenta oraz jego przekonanie o wiarygodności, aurytecie i kompetencjach terapeuty. W sposób szczególny znaczenie relacji terapeutycznej podkreślają koncepcje psychodynamiczne oraz koncepcje humanistyczne, chociaż każda z nich odwołuje się w tym względzie do innych przesłanek teoretycznych. Uogólniając, można powiedzieć, że kwestia znaczenia relacji terapeutycznej jest jednym z niekwestionowanych pewników psychoterapii, choć już co do charakteru i istoty zachodzących w niej procesów poglądy są znacznie bardziej zróżnicowane.

Również w komunikacji terapeutycznej terapeutyczny kontakt z pacjentem odgrywa rolę podstawową. Jednak w przeciwieństwie do psychoterapii będącej samodzielną formą leczenia, a zwłaszcza do tych jej kierunków, w których relacja terapeutyczna wraz ze stosowanymi w niej środkami psychologicznymi stanowią podstawowy warunek i zasadnicze narzędzie terapii, komunikacja terapeutyczna wykorzystuje ją głównie w jej pomocniczej, wspierającej funkcji. Jest to specyficzny rys relacji terapeutycznej nawiązywanej w komunikacji terapeutycznej, gdyż zasadnicze leczenie odbywa się tutaj za pomocą metod o charakterze ściśle medycznym. Niemniej jednak wspierająca rola kontaktu nawiązywanego z pacjentem w chorobie somatycznej jest tak ważna, że zagadnieniu temu wypada poświęcić nieco więcej uwagi.

Zanim jednak przejdę do tego tematu, chciałbym dokonać krótkiego omówienia rozumienia relacji terapeutycznej w psychoanalizie i w podejściu humanistycznym, gdzie znalazła ona najpełniejsze wykorzystanie. Pozwoli to na lepsze zobrazowanie procesów, które pojawiać się będą również w komunikacji terapeutycznej, nawet jeśli ta w sposób zamierzony z procesów tych nie korzysta.

Złożoność teoretycznych zagadnień związanych z relacją terapeutyczną wyraża się między innymi mnogością terminów używanych do jej opisu. W literaturze spotykamy takie określenia, jak: kontakt terapeutyczny (*therapeutic interaction*), pomocny związek lub relacja pomagania (*helping relationship*), rozwijający związek (*facilitative relationship*), relacja terapeutyczna lub związek terapeutyczny (*therapeutic relationship*), terapeutyczne przymierze (*therapeutic alliance*), lecznicze przymierze (*treatment alliance*), zadaniowe przymierze albo współpraca terapeutyczna (*working alliance*), jak również efektywny związek terapeutyczny (*effective psychotherapeutic relationship*). Każde z tych określeń kładzie nacisk na nieco inny aspekt omawianego procesu i w dużym stopniu zależy od kontekstu sytuacji, a także metody leczenia.

Nieco upraszczając, można powiedzieć, że pojęcie związku bardziej akcentuje proces o określonej dynamice oraz dłuższych parametrach czasowych i wywodzi się z tradycji psychoanalitycznych, a pojęcie kontaktu silniej akcentuje aktualną sytuację oraz aktualne doświadczenie interpersonalnego spotkania i wywodzi się z nurtu humanistycznego. Z kolei pojęcia takie, jak terapeutyczne przymierze oraz inne zbliżone doń

określenia, podkreślają specyficzny, zadaniowy aspekt interakcji zachodzącej pomiędzy terapeutą a pacjentem.

Według koncepcji psychodynamicznych centralną rolę w związku terapeutycznym pełnią procesy przeniesieniowe (Colby, 1951; Freud, 1949; 1982; Gill, 1979; Klauber, 1986; van der Leeuw, 1979; Nieniewska, Kokoszka, 1993; Sifneos, 1979). Nadają one temu związkowi charakter symboliczny, gdyż w ich efekcie zostają na nowo uruchomione przeszłe doświadczenia pacjenta (i terapeuty) z osobami znaczącymi, których symbolem dla pacjenta staje się teraz terapeuta.

Efektywna analiza możliwa jest jednak tylko wtedy, gdy przeniesieniu towarzyszy równocześnie pewien niezbędny poziom realizmu, opisywany jako przymierze terapeutyczne. Odnosi się ono do tych cech wzajemnej relacji, które mają charakter realistyczny i dotyczą jej podstawowego, zadaniowego celu, którym jest terapia. Cechy te to z jednej strony neutralna, choć życzliwa, emocjonalna atmosfera analitycznych sesji, wyrażająca „humanistyczną postawę” analityka – jego współczucie, życzliwość, troskę, chęć pomocy (Greenson, 1967), a zarazem chęć współpracy i pewien stopień podstawowego zaufania wyrażany przez pacjenta (Sandler, Dare, Holder, 1979). Z drugiej, jest to racjonalny i zadaniowy charakter sesji wynikający z profesjonalnej i zadaniowej postawy terapeuty (Freud, 1949; Klauber, 1986; Schafer, 1983; Shave, 1968; por. też Kokoszka, Motyka, 1993) oraz z racjonalnych elementów w podejściu pacjenta do leczenia. Te ostatnie wyrażają się, między innymi, w identyfikacji pacjenta z celami proponowanymi przez terapeutę, w jego zdolności do refleksji, zdolności do tolerowania frustracji i gotowości do wysiłku oraz ponoszenia pewnych kosztów związanych z leczeniem (Sandler, Dare, Holder, 1979; Grzesiuk, 1994).

Wymienione cechy relacji terapeutycznej pozwalają pacjentowi objąć refleksją i wytrzymać bolesną analizę przeniesieniowych procesów oraz uświadomienie wypartych treści. Pacjent powinien zdawać sobie sprawę z tego, że terapia to leczenie (ewentualnie element leczenia, jak w przypadku komunikacji terapeutycznej), a nie spotkanie towarzyskie, miłe spędzanie czasu czy poszukiwanie zastępczych gratyfikacji. Powinien zatem być w stanie dostosować się do reguł, którym leczenie podlega. Tzw. kontrakt terapeutyczny ustalany na wstępie terapii i precyzujący w formie ustnej lub nawet pisemnej cel leczenia, jego przebieg oraz warunki, w tym wzajemne zobowiązania ze strony terapeuty i pacjenta, można potraktować jako szczególny wyraz przymierza terapeutycznego.

Zgodnie z podejściem psychodynamicznym związek terapeutyczny sam w sobie nie jest czynnikiem leczącym, chociaż dzięki obecności pozytywnego przeniesienia może dawać poprawę objawową (Killingmo, 1995; Klauber, 1986; Truant, Lohrenz, 1993). Jest natomiast czynnikiem stwarzającym dogodne warunki dla terapii, pozwalające efektywnie stosować specyficzne dla tego podejścia narzędzia terapeutyczne, do których należy analiza przeniesienia i praca nad wglądem (por. Czabała, 1997; Kokoszka, Motyka, 1993; Killingmo, 1995; Sokolik, 1994a).

Szczegółowe cechy relacji terapeutycznej, związane z jej humanizującym, wspierającym, a co więcej leczniczym charakterem, znajdują obszerne omówienie w pracach nurtu humanistycznego. Należy podkreślić, że w podejściu humanistycznym kontakt terapeutyczny traktowany jest nie tylko jako zespół warunków ułatwiających i przyspieszających działanie innych leczniczych procesów (*facilitative relationship*), ale przede wszystkim jako samodzielny i ważny czynnik leczący (*therapeutic relationship*). Wynika to z głównych założeń psychologii humanistycznej, w której dobry

kontakt (i to zarówno z otoczeniem, jak i z samym sobą) uznawany jest za zasadniczy warunek zdrowego funkcjonowania i zdrowego rozwoju jednostki umożliwiający efektywne zaspokajanie potrzeb podstawowych (Jakubowska, 1994; Kokoszka, Motyka, 1993; Maslow, 1990; Mellibruda, 1980). W tej orientacji działanie terapeutyczne koncentruje się na sytuacji „tu i teraz” i zmierza do pogłębienia kontaktu pacjenta z różnymi aspektami jego sytuacji, w tym z jego wnętrzem oraz do uświadomienia mu odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Można powiedzieć, że w koncepcji humanistycznej kontakt jest zarówno zasadniczym narzędziem pracy terapeutycznej, jak i jej podstawowym celem.

Jakość terapeutycznego kontaktu w ujęciu psychologii humanistycznej zależy przede wszystkim od osobistej, prywatnej płaszczyzny kontaktu pomiędzy terapeutą a pacjentem, w tym od jakości pozytywnych uczuć i pozytywnych postaw wyrażanych przez terapeuta. Stara się on stworzyć atmosferę, która z jednej strony zapewni pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, a z drugiej będzie go stymulować do pełniejszego odsłonięcia i ekspresji własnego, autentycznego „ja”. W ujęciu tym akcentowany jest aktualny i realny, a nie symboliczny charakter kontaktu. Ponieważ terapeuta dysponuje na ogół dojrzałą osobowością oraz lepszą znajomością metod stymulujących rozwój kontaktu, więc pozwala mu to na czynne jego pogłębianie oraz czynienie doświadczeniem bardziej autentycznym i intensywnym dla pacjenta.

Najważniejsze i najczęściej wymieniane w literaturze o orientacji humanistycznej emocjonalne komponenty kontaktu terapeutycznego to: akceptacja, życzliwość, ciepło, szacunek, troska, zaufanie, empatia, otwartość, autentyczność, uczciwość (por. Arnold, Boggs, 1993; Brammer, Abrego, Shostrom, 1993; Carkhuff, 1971; Egan, 1986; Hopson, 1988; Hose, Douglas, 1986; Ivey, Simek-Downing, 1980; Kanfer, Goldstein, 1986; Murgatroyd, 1995; Perlman, 1979; Sundeen, Stuard i in., 1985; Truax, Carkhuff, 1967; Tschudin, 1986).

Wymienione cechy można traktować jako rozwinięcie lub szczególnie wyraz trzech podstawowych aspektów postawy terapeutycznej opisanej przez C. Rogersa (1951; 1961; 1970; 1991) jako postawa akceptacji, empatii i autentyczności. Aspekty te są ściśle z sobą powiązane, przy czym, jak się wydaje, szczególnie ważna jest bezwarunkowa akceptacja, związana zarówno z ciepłem, jak i troską oraz szacunkiem, którym terapeuta darzy pacjenta, a także z zaufaniem, jakie ma do jego możliwości. Ponadto łączy się ona z empatią, gdyż trudno być empatycznym wobec kogoś, kogo się nie akceptuje oraz z otwartością, którą łatwiej wyrażać wobec osoby akceptowanej i którą łatwiej wyrażać wtedy, gdy akceptuje się samego siebie. Prawdziwa akceptacja innych, jak wskazywał na to między innymi A. Kępiński (1972a), ma bowiem silne powiązanie z akceptacją samego siebie.

Podkreślanie znaczenia akceptacji w koncepcji humanistycznej opiera się na pewnych, głębiej zakorzenionych przekonaniach, z których pierwsze uznaje wartość i osobistą godność każdego człowieka. Ponadto opiera się na przekonaniu, że każdy człowiek posiada potencjalne możliwości dokonywania właściwych wyborów nadających jego życiu sens i pozwalających mu być użytecznym społecznie, z czego wynika, że ma prawo do własnych decyzji oraz do kierowania swoim życiem. Kolejne przeświadczenie, mocno związane z poprzednimi, odnosi się do przekonania, że każdy jest odpowiedzialny za swoje własne życie (Brammer, Shostrom, 1960).

Akceptacja, a wraz z nią troska i szacunek z jednej strony, a z drugiej zaufanie (wiara w dobro i mocne strony ukryte w drugim człowieku), jest naturalną postawą

wynikającą z wymienionych wyżej przeświadczeń. Pozwala ona przyjąć drugiego takim, jaki jest, bez żadnych dodatkowych wymagań i warunków. Życzliwość, ciepło i miłość wydają się jej naturalnym wyrazem.

Empatia oznacza umiejętność bycia z drugą osobą, niejako umiejętność „wejścia w jej buty”. Oznacza wysiłek włożony w spostrzeganie świata drugiej osoby tak, jak ona go spostrzega, w odnalezienie jej wewnętrznych ram odniesienia. Zrozumienie towarzyszące empatycznym reakcjom jest tego naturalną konsekwencją. Okazanie go pozwala drugiej osobie poczuć się rozumianą i akceptowaną, dając poczucie bliskości oraz prawdziwego „podzielenia się” swymi kłopotami i zmartwieniami.

Autentyczność oznacza zarazem otwartość, a więc wyrażanie pojawiających się myśli i autentycznie doświadczanych uczuć, jak i szczerość – uczciwość, pozbycie się fałszu i obłudy, zdolność do przedstawiania rzeczy tak, jak się je widzi i doświadcza. Autentyczność budzi zaufanie, przestajemy się bać i nabieramy zaufania do osoby, która jest sobą, nie udaje i nie oszukuje.

Trójjczynnikowa postawa terapeuty – akceptacji, empatii i autentyczności, zgodnie z koncepcją C. Rogersa (op. cit.), stymuluje podobne uczucia u pacjenta i tworzy bezpieczną atmosferę ułatwiającą pacjentowi rozwój oraz coraz pełniejsze stawanie się sobą.

Podkreślając znaczenie postawy opisanej przez C. Rogersa, traktowanej przez niego jako rdzeń wszelkich efektywnych oddziaływań psychoterapeutycznych, warto wskazać przy okazji na jej symetryczne przeciwieństwo, opisywane w polskiej literaturze psychiatrycznej przez A. Kępińskiego (1972a; 1972b; 1978) jako tzw. błędy postawy terapeutycznej. Do błędów tych, utrudniających nawiązanie dobrego kontaktu z chorym, autor ten zaliczył tzw. błąd sędziego, błąd naukowej obiektywności i błąd maski. Błąd sędziego polega na przyjmowaniu wobec chorego nadmiernie oceniającej i krytycznej postawy i, jak łatwo zauważyć, jest zdecydowanym przeciwieństwem akceptacji. Błąd naukowej obiektywności wyraża się w lekceważeniu świata subiektywnych doznań pacjenta i opieraniu swych ocen i decyzji wyłącznie na wynikach obiektywnych badań lekarskich oraz badań dodatkowych. Jest zatem przeciwieństwem postawy empatycznej, otwartej na świat doznań pacjenta. Z kolei błąd maski to nic innego, jak przeciwieństwo autentyczności. Polega na skrywaniu swych uczuć i zwykłych, ludzkich reakcji za maską zawodowej, profesjonalnej rutyny i obojętności. Wszystkie trzy rodzaje wymienionych błędów łączą się z egocentryczną postawą wobec drugiej osoby.

Z obu opisów wynika, że ta sama jakość postawy terapeutycznej uzyskała całkowicie niezależną i w pełni zgodną charakterystykę u obu cytowanych autorów (Motyka, 1999a), chociaż C. Rogers uwypukla jej pozytywne cechy, a A. Kępiński charakteryzuje ją poprzez opis negatywny.

Specyfika relacji z pacjentem w komunikacji terapeutycznej

W komunikacji terapeutycznej wspierający i racjonalno-zadaniowy aspekt relacji terapeutycznej wysuwa się na plan pierwszy, a jej przeniesieniowy aspekt nie jest poddawany analizie. Zasadniczym celem jest tu integracja trudnych doświadczeń pacjenta związanych z chorobą i leczeniem oraz adaptacja do aktualnej sytuacji, a nie praca nad przeniesieniem i wglądem w przeszłe, urazowe przeżycia i konflikty. Nie znaczy to oczywiście, że w kontakcie chorego z lekarzem czy pielęgniarzą, procesy przeniesie-

niowe i przeciwprzeniesieniowe nie zachodzą. Czasem to właśnie one mogą być nawet główną przyczyną niespodziewanej poprawy objawowej (efekt pozytywnego przeniesienia) lub niespodziewanych komplikacji w leczeniu (efekt negatywnego przeniesienia). Dlatego też dobrze jest, gdy osoby opiekujące się chorym mają świadomość tych zjawisk i są w stanie, przynajmniej w pewnym stopniu, je kontrolować.

Elementarna wiedza na temat nieświadomości oraz procesów przeniesieniowych jest właśnie tym, co komunikacja terapeutyczna może zapożyczyć z psychodynamicznie zorientowanej psychoterapii. Procesy te w kontakcie nawiązywanym w ramach komunikacji terapeutycznej powinny być dostrzegane i rozumiane, natomiast brak jest podstaw, by wykorzystywać je jako swoiste narzędzie w tej formie terapii.

Z kolei charakterystyka podstawowych, osobistych uwarunkowań kontaktu terapeutycznego, dokonana z punktu widzenia orientacji humanistycznej, po odrzuceniu głównych założeń ideologicznych i po wprowadzeniu pewnych dodatkowych zastrzeżeń, dostarcza wiele cennych wskazówek mających bezpośrednie zastosowanie w budowaniu kontaktu z pacjentem w ramach komunikacji terapeutycznej. Zaliczyć tu zwłaszcza należy zespół cech postawy terapeutycznej opisanej przez C. Rogersa, uzupełniony podaną przez A. Kępińskiego charakterystyką często popełnianych błędów w tym zakresie.

Najważniejszym aspektem akceptacji w tej postawie jest, jak się wydaje, obok szacunku i życzliwości dla pacjenta, zdolność do akceptacji jego uczuć. Niestety, kwestia ta w praktyce pozostawia wiele do życzenia, gdyż zarówno lekarze, jak i pielęgniarki nie są dostatecznie przygotowani do konfrontacji z negatywnymi i bolesnymi uczuciami swych podopiecznych. Sprawia to, że nadużywają interwencji o charakterze dyrektywnym, tłumiącym okazywanie uczuć albo też unikają kontaktu z pacjentem doświadczającym uczuć negatywnych (por. Gordon, Edwards, 1999; Korsch, Harding, 1999; Motyka, 1995a; 1995b; Motyka, Motyka, Wsolek, 1997; Whyte, Motyka i in., 1997; Motyka, 2000).

Empatia wydaje się wręcz niezbywalnym składnikiem relacji terapeutycznej (por. Korsch, Harding, 1999; Gordon, Edwards, 1999; Pilecka, 1995; Rembowski, 1989), przy czym w przypadku relacji terapeutycznej nawiązywanej w ramach komunikacji terapeutycznej empatyczne interwencje o typie odzwierciedlania uczuć muszą być stosowane z niezbędną ostrożnością, stosownie do możliwości radzenia sobie z ujawnionymi uczuciami przez obie strony interakcji. Głównym celem empatii wyrażanej w tym przypadku jest wzbudzenie u pacjenta przekonania, że on sam i jego problemy są dobrze rozumiane przez terapeutę. Sprzyja to klimatowi bliskości i zaufania, dając pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i emocjonalnego oparcia oraz stwarza możliwość bezpiecznego odreagowania negatywnych uczuć.

Wykorzystanie empatii do eksploracji wewnętrznego, osobistego doświadczenia pacjenta w celu wydobywania na jaw ukrytych tam konfliktowych treści, charakterystyczne dla wielu form psychoterapii specjalistycznej, w zasadzie nie ma tu większego zastosowania. Głębokość penetracji wewnętrznego doświadczenia pacjenta ograniczona jest bowiem głównie do myśli i uczuć, których pacjent jest zasadniczo świadomy, choć bywa, że je tłumi, gdyż się ich obawia, a trudno jest mu uporać się z nimi samemu. Ważny w tym przypadku będzie element zaufania, jakie pacjent żywi do osoby, wobec której chciałby się zwierzyć ze swych lęków i obaw.

Autentyczność zdaje się być tym składnikiem opisywanej postawy terapeutycznej, która w ramach komunikacji terapeutycznej może budzić stosunkowo najwięcej wą-

pliwości. Bierze się to stąd, że element kontroli, a nawet pewnego dystansu, czy nawet „maski” jest dla relacji nawiązywanej w medycznym kontekście bardzo potrzebny, a nawet, można powiedzieć, niezbędny. Nie należy jednak przeciwstawiać autentyczności, w omawianym tu sensie terapeutycznym, niezbędnej kontroli nad swym postępowaniem i uczuciami. Relacja terapeutyczna jest bowiem relacją profesjonalną, ukierunkowaną na uzyskanie celu terapeutycznego, nawet jeśli jej elementem jest osobista płaszczyzna kontaktu. Dlatego też bycie sobą nie implikuje w omawianym przypadku braku kontroli nad swymi uczuciami czy postępowaniem. Mówiąc ogólnie, oznacza ono raczej zdolność profesjonalisty (lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty) do komunikowania pacjentowi, że występując w ramach swej zawodowej roli (kontrola), nie przestaje być żywym i czującym człowiekiem, reagującym w sposób indywidualny, wrażliwy i osobisty na przeżywane przez pacjenta problemy.

W dotychczasowym opisie najważniejszych składników kontaktu terapeutycznego nie bez powodu skupiłem się na postawie osoby udzielającej pomocy, bo to przecież ona kieruje kontaktem, korzystając w tym celu z posiadanej wiedzy i umiejętności. Niemniej jednak nie można zapominać, że kontakt jest zawsze relacją dwustronną. Zawiera on zarówno wkład terapeuty*, jak i pacjenta w aktualny przebieg i historię terapeutycznych spotkań. Cz. Czabała (1997) cytuje L. Greenberga, który wskazując na udział pacjenta w tworzeniu relacji terapeutycznej, wymienia takie istotne zmienne, jak: sposób, w jaki pacjent spostrzega terapeutę, jego gotowość do współpracy i poczucie związania z terapeutą, zdolność do współpracy i zaangażowanie, w tym aktywny udział pacjenta w terapii, optymizm, akceptowanie zadań wynikających z pracy psychoterapeutycznej i poczucie odpowiedzialności za jej przebieg. Te same zmienne odnoszą się także do komunikacji terapeutycznej.

Istotne warunki relacji terapeutycznej, mające również zastosowanie w komunikacji terapeutycznej, stosunkowo dobrze odzwierciedla zestawienie zaproponowane przez M. Hobbsa (1994).

Po stronie pacjenta wymienia on: zaufanie do terapeuty, współpracę w trakcie terapii, pewien poziom rozumienia celu i metody leczenia oraz motywację do zmiany (wyleczenia – przyp. M.M.).

Po stronie terapeuty umieszcza on następujące cechy: szacunek dla pacjenta, autentyczne zainteresowanie nim jako osobą, emocjonalne ciepło, tolerancję i nieosądzającą akceptację osoby pacjenta, receptywność, a szczególnie zdolność do uważnego słuchania, empatię, czyli zdolność do wejścia w świat doświadczeń pacjenta, realistyczne zaufanie do własnych sił i możliwości przy świadomości swych ograniczeń oraz prezentowanie odpowiednich wartości etycznych.

* Określenia „terapeuta” używam w dwojakim znaczeniu, raz – odnoszącym się do osób wykonujących zawody medyczne i niebędących profesjonalnymi psychoterapeutami, takich jak pielęgniarki, lekarze czy fizjoterapeuci, dwa – odnoszącym się do osób o specjalistycznym przygotowaniu psychoterapeutycznym. Nie znalazłem bowiem innego, dobrego określenia obejmującego wszystkich reprezentantów różnych zawodów medycznych, zajmujących się bezpośrednio pacjentem. Mam nadzieję, że czytelnik łatwo dostrzeże istotną różnicę dzielącą oba przypadki stosowania tego terminu.

Do ważnych cech relacji zalicza: granice kontaktu terapeutycznego – tzn. świadomość barier, czyli tego, gdzie relacja terapeutyczna się kończy, a gdzie zaczyna się inny rodzaj kontaktu, który nie ma już z nią nic wspólnego (np. kontakt towarzyski lub przyjacielski) oraz kontrakt – czyli świadomość umowy dotyczącej charakteru i wymagań relacji. W przypadku granic podkreśla granice czasu (częstość i okres trwania sesji, punktualność) oraz miejsca (gdzie oficjalnie leczenie się odbywa), a w przypadku kontraktu *explicite* lub *implicite* wyrażoną umowę pomiędzy terapeutą i pacjentem co do akceptacji wzajemnych oczekiwań dotyczących celu leczenia i środków, za pomocą których ma być ono realizowane.

Odnosząc powyższe uwagi do relacji terapeutycznej nawiązywanej w ramach komunikacji terapeutycznej, w zasadzie należałoby zgodzić się z nimi bez zastrzeżeń, z tą istotną różnicą, że w tym ostatnim przypadku nie mamy do czynienia z sesjami terapeutycznymi w dosłownym tego słowa znaczeniu, natomiast z wzajemnymi, bezpośrednimi i doraźnymi kontaktami towarzyszącymi codziennej opiece nad chorym.

Różny pozostaje natomiast w obu przypadkach cel relacji, czyli to, do czego jest ona wykorzystywana. Podczas gdy w psychoterapii specjalistycznej lub w specjalistycznym poradnictwie psychologicznym wykorzystuje się relację terapeutyczną dla uzyskania głębokich zmian w sposobie funkcjonowania i przeżywania pacjenta (np. uzyskanie wglądu, likwidacja objawów, usunięcie wewnętrznych przeszkód w jego emocjonalnym rozwoju), to w komunikacji terapeutycznej wykorzystuje się ją przede wszystkim do dostarczenia pacjentowi wsparcia i osiągnięcia celów o wtórnym – wspierającym lub uzupełniającym charakterze wobec leczenia, prowadzonego metodami niepsychologicznymi. Należą do nich, jak wymieniano w pierwszych zdaniach tego rozdziału, zwiększenie efektywności leczenia i łagodzenie negatywnych skutków choroby oraz niektórych, inwazyjnych metod medycznej terapii. Osiąga się je poprzez wspieranie procesu integracji trudnych doświadczeń pacjenta i jego adaptacji do sytuacji choroby, wspieranie procesu zaspokajania przez pacjenta jego podstawowych potrzeb psychicznych, zagrożonych w chorobie, a także przez uczenie lepszego radzenia sobie z objawami, uciążliwymi metodami leczenia oraz ogólnie z całą zaistniałą sytuacją (kwestia samoopieki).

Różnica w sposobie ujmowania celu rzutuje na charakter nawiązywanej relacji. Dlatego też mimo pewnych wyraźnych podobieństw kontakt terapeutyczny w komunikacji terapeutycznej jest z pewnością kontaktem znacznie mniej zreflektowanym, a zachodzące w nim procesy psychologiczne nie są śledzone przez terapeutę z taką uwagą i zainteresowaniem, jak w przypadku psychoterapii specjalistycznej. Również sama jakość kontaktu terapeutycznego, w tym siła powstającego związku, na ogół nie jest taka sama. Kontakt ten zwykle ma bardziej doraźny charakter, jego czas trwania na ogół jest krótszy, a częstotliwość mniej intensywna, choć w zależności od rodzaju i czasu trwania choroby w konkretnych przypadkach mogą występować tu bardzo duże różnice.

Ponieważ lekarze i pielęgniarki nie są wykwalifikowanymi terapeutami, więc trudno jest oczekiwać od nich takiej dyscypliny postępowania w kontakcie i takich umiejętności interpersonalnych, jak od osób trudniących się zawodowo psychoterapią. Niemniej jednak pamiętając o tym, iż dobry kontakt lekarza lub pielęgniarki z pacjentem stanowi istotny warunek pomyślnej realizacji założonych celów leczniczych, należy zmierzać, choć może w sposób mniej rygorystyczny, do przestrzegania zasad postępowania pozwalających na realizację omawianej tu postawy terapeutycznej.

Podsumowując dotychczasowe uwagi, należy podkreślić, że w komunikacji terapeutycznej kontakt terapeutyczny jest elementem istotnym w podwójnym znaczeniu. Z jednej strony, należy go traktować jako warunek sprzyjający działaniu wspólnych czynników terapeutycznych wspomagających zasadnicze leczenie medyczne, czyli jako potrzebny im psychologiczny katalizator, a z drugiej jako samodzielny czynnik leczący (Motyka, 1995b). Jest tak, gdyż kontakt terapeutyczny na poziomie, na którym posługuje się nim komunikacja terapeutyczna, w sposób spontaniczny stymuluje różne czynniki terapeutyczne, często nawet świadomie niebrane pod uwagę i nieuwzględniane przez osobę zajmującą się chorym. Mam tu zwłaszcza na myśli takie czynniki, jak poczucie bycia rozumianym i akceptowanym, poczucie kontaktu – wyjście z izolacji społecznej i samotności, czy też czynnik nadziei. Nie wystarcza to z pewnością w psychoterapii, której zadaniem jest wyleczenie pacjenta, natomiast w komunikacji terapeutycznej to właśnie kontakt terapeutyczny, poprzez wspomniane, spontaniczne uruchamianie wielu różnych czynników leczących, stanowi o istocie i skuteczności jej oddziaływań.

Odnosząc się na koniec do granic relacji terapeutycznej, warto zauważyć, że choroba somatyczna oraz charakter stosowanej w jej przypadku pomocy medycznej, z pozoru bardzo jasno i precyzyjnie określają niepisaną formę umowy pomiędzy leczącymi a pacjentem. Pozornie jasno rysuje się cel leczenia, podobnie jak potrzebne do jego osiągnięcia środki i warunki wymaganej współpracy. Tymczasem, jak wskazują liczne opracowania na temat kontaktu lekarz – pacjent (por. Gordon, Edwards, 1999; Korsch, Harding, 1999), wzajemne oczekiwania, znajomość potrzebnych w leczeniu środków oraz gotowość do pełnej współpracy często poważnie się różnią u obu partnerów interakcji. Różnice te i pojawiające się na ich tle nieporozumienia mogą być źródłem niespodziewanych trudności w leczeniu. Dopiero nawiązanie dobrej relacji terapeutycznej tworzy odpowiedni klimat służący porozumieniu i usunięciu zaburzających proces leczenia, rozbieżności.

4.4. Interwencje terapeutyczne w komunikacji terapeutycznej

Spontanicznie uruchamiane w relacji terapeutycznej procesy w dużym stopniu zależą od motywacji, oczekiwań i wcześniejszych doświadczeń pacjenta, a właściwie od całej jego osobowości. Sprawia to, że reaguje on na warunki budowanego przez terapeutę kontaktu w bardzo indywidualny sposób. Dlatego też zwykle, oprócz samej relacji terapeutycznej, potrzebne są dodatkowe interwencje, których celem jest zamierzone stymulowanie czynników terapeutycznych.

Do centralnych pojęć komunikacji terapeutycznej obok pojęcia czynników terapeutycznych i relacji terapeutycznej należy zatem włączyć także pojęcie interwencji terapeutycznej lub inaczej, działania terapeutycznego. Jeśli bowiem pod pojęciem czynników terapeutycznych rozumiemy pewne wewnętrzne warunki psychologiczne (zasoby osobiste), sprzyjające poprawie zdrowia i/lub stanu psychicznego pacjenta, to w sposób oczywisty pojawić się musi pytanie o rodzaje działań terapeutycznych (interwencji terapeutycznych), mających na celu ich stymulację.

Chociaż czynniki terapeutyczne mogą być stymulowane na wiele różnych sposobów, to jednak wydaje się, że sposoby te, podobnie jak i czynniki terapeutyczne można poddać próbie uporządkowania i klasyfikacji.

Przykładem takiej próby może być klasyfikacja interwencji terapeutycznych opracowana przez J. Herona (1993; Motyka, 1996). Zyskała ona stosunkowo szerokie zastosowanie w poradnictwie oraz w szkoleniu różnych profesjonalistów zajmujących się zawodowo pomaganiem (Barber, 1993; Burnard, 1991; Burnard, Morrison, 1987).

J. Heron, brytyjski psycholog i terapeuta o humanistycznej orientacji, przedstawił koncepcję poradnictwa psychologicznego oraz koncepcję szkolenia w tym zakresie, odwołując się do systemu obejmującego sześć głównych typów interwencji terapeutycznych, podzielonych dodatkowo na dwie podgrupy.

Do pierwszej zaliczył on interwencje opierające się na autorytecie terapeuty (*authoritative intervention*). Mieszczą się tu jego zdaniem trzy kategorie działań, tj. rady i zalecenia, udzielanie informacji oraz konfrontacje.

1. Interwencje o charakterze porad i zaleceń mają na celu ukierunkowanie lub wręcz pokierowanie zachowaniem pacjenta, przy czym chodzi tu głównie o zachowania, które mają miejsce poza relacją terapeuty – pacjent.

2. Interwencje o charakterze informacyjnym i wyjaśniającym mają na celu podzielenie się z pacjentem swą wiedzą, przekazanie mu ważnych, a brakujących informacji lub podkreślenie znaczenia tego, z czego pacjent nie zdawał sobie sprawy.

3. Interwencje konfrontujące mają na celu unaocznić mu jakieś ważne, ograniczające go nastawienia lub zachowania, zwykle o negatywnym znaczeniu.

Do drugiej grupy zaliczył interwencje ułatwiające rozwój i wewnętrzną, pozytywną przemianę osoby pacjenta (*facilitative intervention*). Mieszczą się tu kolejne trzy kategorie, tj.: działania wspierające, działania katalityczne oraz działania katarctyczne, ułatwiające odreagowanie.

4. Interwencje podtrzymujące mają na celu umocnienie pacjenta w przekonaniu o jego wartości i pozytywnym znaczeniu jego postaw i działań.

5. Interwencje katalityczne (np. parafrazowanie, klaryfikacja, reakcje empatyczne) zmierzają do wywołania wglądu i lepszego poznania siebie, wzmocnienia autonomii, samodzielnego uczenia się i rozwiązywania problemów.

6. Interwencje katarctyczne mają na celu pomóc pacjentowi w rozładowaniu negatywnych emocji, przede wszystkim takich, jak żal, lęk lub złość.

Proponowana przez tego autora klasyfikacja, jako zasadnicze kryterium podziału przyjmuje cele, którym mają służyć poszczególne rodzaje interwencji. Podział ten jednak nie do końca jest konsekwentny, jako że interwencje konfrontujące i informacyjne zmierzają w zasadzie do tego samego celu, jakim jest poszerzenie wiedzy pacjenta o sobie, chociaż czynią to w nieco inny sposób. Konfrontacja, podobnie jak interwencje informujące, dostarcza pewnych nowych informacji czy faktów, chociaż czyni to poprzez zestawienie występujących w zachowaniu pacjenta sprzeczności, zmuszając go tym samym do większej samodzielności w wyciąganiu wniosków. Pewne wątpliwości budzi również rozgraniczenie interwencji katalitycznych i wspierających. Wydaje się bowiem, że jedne łatwo mogą przechodzić w drugie, a granica między nimi jest bardzo nieostra. W komunikacji terapeutycznej potrzebne są wyraźniejsze granice.

Inną próbą klasyfikacji podstawowych typów interwencji terapeutycznych może być klasyfikacja B. Hopsona (1986; 1988). On również opisał sześć głównych typów

interwencji terapeutycznych (form psychologicznej pomocy), ujmując je jednak w perspektywie znacznie bardziej ogólnej. W klasyfikacji tej pojawiają się bowiem następujące kategorie działań:

1. Bezpośrednie działanie na korzyść drugiej osoby (załatwianie dla niej jakichś spraw, dostarczanie pożywienia, pieniędzy itp.).
2. Dawanie rad (mówienie, co zdaniem terapeuty będzie dla niej najlepsze).
3. Przekazywanie brakujących i potrzebnych informacji (informowanie, wyjaśnianie).
4. Uczenie (pomaganie w zdobyciu wiedzy i umiejętności potrzebnych do poprawienia sytuacji).
5. Poradnictwo (pomoc w eksploracji problemu, klaryfikowanie konfliktów i alternatywnych sposobów radzenia sobie z trudnościami, czyli działanie ukierunkowane na to, by jednostka była w stanie sama sobie pomóc).
6. Oddziaływanie na system, do którego należy osoba zgłaszająca się z prośbą o pomoc.

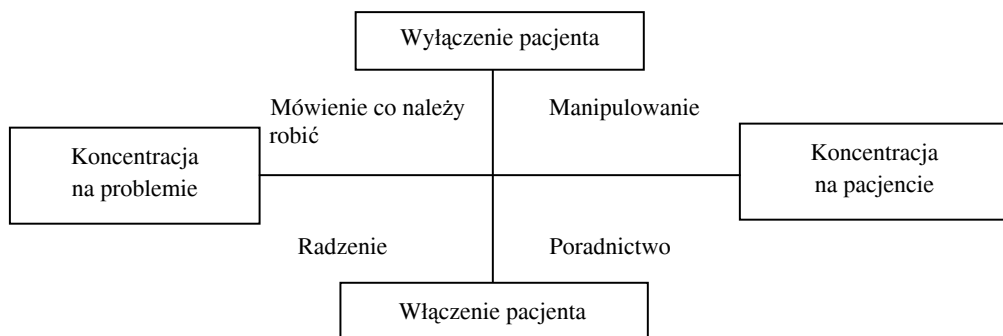
Obie wyżej przytoczone klasyfikacje wywodzą się z modelu psychologii humanistycznej, przy czym klasyfikacja J. Herona odwołuje się do intencji podejmowanych działań i w większym stopniu dotyczy różnych aspektów indywidualnej relacji terapeutycznej, a klasyfikacja B. Hopsona oparta jest głównie na kryterium treściowym, wprowadzając bardziej ogólne kategorie psychospołecznej pomocy odnoszące się do różnych jej form, wśród których indywidualny kontakt terapeutyczny stanowi zaledwie część możliwości.

Jeszcze innej klasyfikacji dostarcza propozycja R. de Boarda (1989) wyróżniająca cztery podstawowe style pomagania, takie jak:

1. Mówienie pacjentowi, co ma robić (*telling*).
2. Radzenie co ma robić (*advising*).
3. Manipulowanie (*manipulating*).
4. Poradnictwo (*counselling*).

Odwołuje się ona do dwóch niezależnych wymiarów udzielanej pomocy. Jeden z nich to koncentracja na pacjencie lub na zadaniu (problemie), a drugi wymiar to włączenie pacjenta w proces rozwiązywania problemu lub wyłączenie go z tego procesu.

Związek tych dwóch wymiarów pomocy z czterema możliwymi stylami jej udzielania, zdaniem cytowanego autora można przedstawić następująco:



Ryc. 2. Wymiary pomocy i style pomagania wg R. de Boarda

(źródło: de Board, 1989, str. 4)

Kiedy pomagający stosuje styl polegający na mówieniu tego, co osoba zwracająca się po pomoc powinna zrobić, jest on bardziej skoncentrowany na problemie niż na osobie wspomaganej. Podając gotowe rozwiązanie, niejako wyłącza ją z procesu rozwiązywania problemu. Ten styl komunikowania, charakterystyczny dla wielu medycznych konsultacji, został określony przez cytowanego autora mianem modelu medycznego.

W przypadku stylu określanego jako udzielanie porad, pomagający wciąż jeszcze koncentruje się bardziej na problemie niż na osobie wspomaganej, ale tym razem chce, by włączyła się ona w proces rozwiązywania problemu. Radzący przedstawia problem, a wraz nim różne możliwe opcje i alternatywy, wskazując przy tym na ich zalety i słabości, tak aby wspomagany sam zdecydował, którą z nich wybierze. Ten styl komunikowania, typowy dla wielu konsultantów z dziedziny biznesu, został nazwany modelem uczenia, ponieważ w podobny sposób nauczyciele uczą swoich uczniów wybierać prawidłowe rozwiązanie z określonej liczby dostarczonych im wariantów.

Stosując manipulacyjny styl pomagania, pomagający jest bardziej skoncentrowany na wspomaganym niż na problemie, ale zarazem wyklucza go z procesu szukania rozwiązań. Jak pisze R. de Board (op. cit.), jest to nieuczciwy sposób wywierania wpływu, oznaczający zazwyczaj, że pomagający uważa, iż on sam wie najlepiej, co jest dobre dla osoby potrzebującej pomocy. Manipulatorzy usiłują podtrzymać swoją pozycję, uzależniając od siebie osoby, którym udzielają tzw. pomocy. W istocie rzeczy obie strony uzależniają się od siebie coraz bardziej, a rzeczywiste problemy pozostają nierozwiązane.

Styl, który autor identyfikuje z poradnictwem (*counselling*), wiąże się, jego zdaniem, z większą koncentracją na wspomaganym niż na problemie oraz, co bardzo ważne, z rzeczywistym angażowaniem go w proces poszukiwania rozwiązań. Zdaniem autora, sukces w poradnictwie psychologicznym wynika przede wszystkim z wiedzy o ludzkiej naturze, jaką posiada doradca oraz z jego empatii w stosunku do pacjenta, a nie z głębokiej wiedzy na temat problemu, z którym się pacjent zgłosił. Celem pomocy udzielanej w ramach tego stylu jest sprawienie, aby pacjent sam znalazł własne, najlepsze dla niego rozwiązanie problemu, w związku z czym doradca nie krytykuje pacjenta ani nie daje mu rad. Wierzy bowiem, iż ten w gruncie rzeczy wie najlepiej, jakie rozwiązanie będzie dla niego właściwe. Usiłuje zatem, poprzez eksplorację i wspólną analizę różnych aspektów problemu, jedynie dopomóc pacjentowi w odkryciu i sformułowaniu tego właśnie rozwiązania.

W przypadku omawianej propozycji mamy do czynienia z interesującą, ale dla naszych celów znów niezbyt przydatną klasyfikacją, gdyż koncentruje się ona bardziej na ogólnych formach i kierunkach pomocy, niż na konkretnych formach interwencji. Odnosząc je do komunikacji terapeutycznej, łatwo zauważyć, że nie mieści się ona w żadnej z opisanych tu czterech kategorii. Działania podejmowane w ramach komunikacji terapeutycznej muszą być bowiem skoncentrowane zarówno na zadaniu (problem, jaki dotyka pacjenta), jak i na pacjencie (jego postawy i uczucia), a stopień włączenia pacjenta w poszukiwanie rozwiązań będzie się znacznie różnił w zależności od sytuacji, z jaką mamy do czynienia, tj. w zależności od odpowiedzi na wiele pytań, np. czego dotyczy problem, kim jest pacjent – tzn. w jakim jest stanie, jaki jest jego wpływ na rozwiązanie i jaki zakres decyzji można na niego scedować, jakie są przyczyny problemu, jak szybka musi być interwencja i podjęta decyzja itp. Jeżeli źródłem problemu są wątpliwości, obawy albo postawy pacjenta, terapeuta powinien się na nich

skoncentrować i próbując je lepiej zrozumieć, powinien podążać za pacjentem, niekoniecznie narzucając mu własne widzenie sytuacji. Natomiast jeżeli źródłem problemu jest np. złamana noga pacjenta, terapeuta powinien przede wszystkim zająć się zabezpieczeniem złamania, nie oczekując, że pacjent mu w tym pomoże, co nie znaczy, że nie może prosić go o współpracę, czy też że nie ma zwracać uwagi na to, co pacjent odczuwa.

P. Burnard (1986; 1991), psycholog specjalizujący się w prowadzeniu szkoleń dla profesjonalistów medycznych, wśród ważnych, psychologicznych umiejętności doradcy, które dają się identyfikować z rodzajami terapeutycznych interwencji, wyróżnił:

1. Słuchanie (zbieranie informacji o pacjencie).
2. Dostarczanie informacji (przekazywanie pacjentowi potrzebnych informacji i wyjaśnień).
3. Podawanie sugestii (wywieranie wpływu poprzez sugestię zawartą w słowach lub zachowaniu terapeuty).
4. Pomoc w uzewnętrznieniu się (pomoc w werbalizacji tego, co pacjent myśli i czuje).
5. Konfrontację (zwrócenie uwagi pacjenta na pewne sprzeczności, jakie pojawiają się w jego wypowiedziach, deklaracjach i zachowaniu, albo też na pewne warunki i ograniczenia, z jakimi ten powinien się liczyć).
6. Wsparcie (dostarczanie pacjentowi wzmocnienia i otoczenie go troską).

Autor ten podkreśla, że w gruncie rzeczy cały proces udzielania pomocy psychologicznej powinien mieć charakter wspierający, w związku z czym wsparcie powinno towarzyszyć wszelkim podejmowanym przez terapeutę interwencjom.

A. Enelow (1977) wśród zasadniczych rodzajów zachowań terapeuty wymienia:

1. Facylitację (działania terapeuty zmierzające do poprawy i podtrzymania komunikacji, np. zachęcające pomruki, wyraz twarzy, oznaki zainteresowania i pozytywne reakcje na wypowiedzi i zachowania pacjenta).
2. Wsparcie (każde działanie terapeuty, które komunikuje pacjentowi zainteresowanie, sympatię i zrozumienie, podobnie jak poczucie bezpieczeństwa dostarczane przez relację terapeutyczną. Autor zwraca uwagę, że samo werbalne wyrażenie wsparcia bez stosownej postawy nie osiąga celu).
3. Konfrontację (zwrócenie pacjentowi uwagi na jakiś aspekt jego zachowania, zaobserwowany przez terapeutę i dostarczający mu jakiejś nowej, ważnej informacji).
4. Wzmocnienie (wszystkie te zachowania terapeuty, które zmierzają do wzmocnienia dobrego samopoczucia pacjenta, jego poczucia własnej wartości i zaufania do siebie. Mieści się tu również wyrażanie optymizmu co do wyników terapii oraz przebiegu innych spraw związanych bezpośrednio z sytuacją pacjenta).
5. Sugestie (dawanie rad i wskazówek, ale w sposób nienaruszający niezależności i autonomii pacjenta, np. niedyrektywne podsuwanie konkretnych sposobów rozwiązania problemu czy osiągnięcia celu, podawane bez nacisku na ich przyjęcie albo też w formie pytań w rodzaju: Co myślisz o...?; Czy myślisz, że mógłby to być dobry pomysł? itp.).
6. Działania dyrektywne (mówienie pacjentowi, co ma zrobić, przejęcie nad nim bezpośredniej kontroli).
7. Pytania otwarte (pytania dające pacjentowi swobodę wypowiedzania się).
8. Interpretacje.

Wśród elementarnych umiejętności społecznych, które w kontekście terapeutycznym nabierają charakteru interwencji terapeutycznych, K. van Meer i J. van Neijenhof (1993) wyróżniają następujące formy zachowań werbalnych: słuchanie, streszczanie, zadawanie pytań, konkretyzowanie wypowiedzi rozmówcy, wypowiadanie opinii, wyrażanie uczuć i dopytywanie się o uczucia, sprzężenie zwrotne, reakcje asertywne.

Wśród specyficznych rodzajów interwencji podejmowanych przez doradcę wymienią ponadto: naprowadzanie, ograniczanie, ocenianie, informowanie, pośredniczenie, dawanie rad, odsyłanie.

Wymienione przez tych autorów rodzaje zachowań terapeuty to raczej obszerny zestaw technik, niż ogólne kategorie interwencji terapeutycznych. W prezentowanym zestawieniu brak jest ponadto jasnej zasady porządkującej podawane techniki.

To samo dotyczy interwencji, na które należałoby wskazać, nawiązując do niektórych czynników terapeutycznych omawianych w rozdziale drugim. W zamieszczonej tam analizie czynniki mające charakter interwencji terapeutycznych zostały wyeliminowane jako nienależące do czynników terapeutycznych w ścisłym, przyjętym w pracy znaczeniu. Należały do nich: kierowanie (racjonalne instrukcje), udzielanie informacji, wsparcie (rozumiejące wsparcie, wzmacnianie pacjenta przez akceptację, pochwałę i pokazywanie mocnych stron), odwarunkowanie, przewarunkowanie, desensytyzacja, okazywanie akceptacji, okazywanie zrozumienia, pobudzanie do odreagowania, pobudzanie do wglądu, sugestia, podkreślanie autonomii i niezależności pacjenta.

Jak łatwo zauważyć, powyższa lista terapeutycznych działań również ma charakter dość przypadkowego zestawienia, obejmującego interwencje oraz techniki o różnym poziomie ogólności.

Kolejną propozycję stanowi klasyfikacja opracowana przez autora obecnej pracy. Była ona przygotowywana pod kątem praktycznego jej zastosowania w relacjach pacjent – lekarz/pielegniarka/rehabilitant. Za jej podstawę przyjęto dające się stosunkowo łatwo rozróżnić rodzaje interwencji, jakie często mogą pojawiać się właśnie w tego typu relacjach.

Sześć głównych kategorii elementarnych działań terapeuty występujących w proponowanej klasyfikacji to:

1. Zbieranie informacji (pytania zmierzające do uzyskania jasnego obrazu sytuacji, pozwalające lepiej zrozumieć problem pacjenta i podjąć stosowne działania w celu jego rozwiązania).

Kategoria ta wymaga nieco szerszego komentarza, bowiem „zbieranie informacji” wydaje się mieć charakter bardziej diagnostyczny niż terapeutyczny. Zdecydowano się jednak włączyć ją do proponowanej typologii, ponieważ w kontakcie z pacjentem obu tych funkcji praktycznie rozdzielić nie sposób. Zbieranie informacji, poza tym, że niewątpliwie ułatwia prawidłowe rozpoznanie problemu oraz decyzję co do tego, jaki typ terapeutycznej interwencji jest w danym momencie i danej sytuacji najbardziej wskazany, może również pomóc pacjentowi na wiele różnych sposobów. Z jednej strony, może np. stworzyć okazję do autorefleksji, a z drugiej dać pacjentowi poczucie, że on i jego problemy są ważne dla terapeuty, który interesuje się jego sprawami i osobą.

Wymieniając terapeutyczne funkcje zbierania informacji celowo piszę o tym w trybie warunkowym. Zbieranie informacji może bowiem takie funkcje pełnić, ale nie musi. Jeśli będzie prowadzone w sposób niekompetentny lub obcesowy, ignorujący aspekty terapeutyczne, to oczywiście funkcji tych nie spełni. To samo dotyczy jednak i pozostałych form wymienionych tu działań terapeutycznych. Trzeba bowiem pamięć-

tać, że zarówno rady i zalecenia, jak również wyjaśnienia lub pocieszanie oraz wszelkie inne formy oddziaływań psychologicznych, niedostosowane do charakteru przeżywanych przez pacjenta trudności oraz do jego sytuacji, mogą przyjąć postać zdeformowaną, czyniąc z interwencji w zamierzeniu terapeutycznej, karykaturę pomocnego działania (por. Heron, 1993).

2. Udzielanie informacji i wyjaśnień (podawanie pacjentowi potrzebnych informacji i wyjaśnień, ułatwiających mu lepsze zrozumienie jego stanu lub sytuacji).

Udzielanie wyjaśnień może mieć charakter krótkich wypowiedzi, ale może też przyjmować formę dłuższego tłumaczenia, przekonywania lub dyskusji. Istotą tej formy oddziaływania pozostaje dostarczenie pacjentowi potrzebnych mu informacji, wyjaśniających to, co w jego sytuacji ma znaczenie, czego on nie wie albo nie rozumie. Przekazywane informacje powinny być zrozumiałe i powinny przedstawiać sytuację w sposób realistyczny, a jednocześnie w możliwie pozytywnym oświeceniu. Czasem, np. wtedy gdy rokowanie jest niekorzystne, jednoczesne osiągnięcie wymienionych celów jest niemożliwe i wówczas prawdę o stanie zdrowia należy dawkować bardzo ostrożnie, mając jasną świadomość tego, co się chce uzyskać, przekazując lub zatajając określone informacje oraz świadomość tego, jakie są zdolności adaptacyjne chorego. Wymaga to wcześniejszego poznania pacjenta, jego możliwości i potrzeb.

3. Udzielanie rad i zaleceń (dawanie rad, zalecanie pożądanых zachowań i sposobów postępowania, udzielanie potrzebnych wskazówek i instrukcji, mówienie pacjentowi, co ma robić, a czego nie robić, jak ma postępować, jakie stosować środki).

Udzielanie pacjentowi rad i zaleceń stanowi zwykle próbę bezpośredniego pokierowania jego zachowaniem i na ogół odnosi się do zachowań mających miejsce poza sytuacją terapeutyczną. Czasem jednak mogą to być wskazówki dotyczące pożądanego zachowania się właśnie w sytuacji „tu i teraz”. Będzie tak np. wtedy, gdy terapeuta nalega, aby pacjent otworzył się przed nim i opowiedział o sprawach, które go martwią lub niepokoją, albo by wprost wyraził to, co czuje. Dyrektywność tej formy interwencji zwykle jest duża, ale może zmieniać się w obszernych granicach, zależnie od tego, jak wiele swobody terapeuta pozostawia pacjentowi w przyjęciu zaleceń, które mogą być formułowane zarówno w kategoriach bezwzględnego nakazu, jak i delikatnej sugestii bądź podanej do rozważenia propozycji.

4. Pocieszanie i uspokajanie (pocieszanie i uspokajanie, łagodzenie obaw, bezpośrednie wzmacnianie – chwalenie wysiłków oraz osiągnięć pacjenta, wzmacnianie nadziei i pozytywnych oczekiwań, dodawanie otuchy – przedstawianie sytuacji w pozytywnym świetle, obiecywanie i oferowanie pomocy, wprowadzanie w dobry humor).

W tym przypadku chodzi o szeroką klasę wspierających interwencji, w której udzielane informacje i zapewnienia koncentrują się bezpośrednio na łagodzeniu obaw i negatywnych uczuć pacjenta, poprawieniu nastroju i podtrzymaniu optymistycznego obrazu sytuacji. Do tej kategorii zaliczono również wzmacniające, pozytywne oceny jego możliwości i wysiłków w radzeniu sobie z chorobą oraz przeciwnościami losu.

5. Okazywanie ciepła (wyrażanie własnych, pozytywnych uczuć w stosunku do pacjenta – serdeczności, życzliwości, akceptacji).

Ten rodzaj interwencji również ma przede wszystkim charakter wspierający. Wyraża się w okazywaniu pacjentowi sympatii i pozytywnych uczuć, okazywaniu troski, życzliwości i serdeczności. W przypadku tego typu oddziaływań, jak się wydaje, szczególnie ważne znaczenie ma pozawerbalny aspekt komunikacji.

6. Okazywanie empatii (pokazywanie pacjentowi, jak jest rozumiany – jak rozumiane są jego myśli i uczucia, traktowanie ich ze zrozumieniem).

Ta forma interwencji terapeutycznych również ma w bardzo dużym stopniu charakter wspierający. Pomaga pacjentowi poczuć zarówno akceptację terapeuty, jak i to, że jest przez niego dobrze rozumiany, co tworzy dobre warunki do uwolnienia się od ciężaru różnych negatywnych uczuć, związanych zwłaszcza ze wstydem, winą czy przekonaniem o swojej nieadekwatności i odmienności. Technicznie tę formę interwencji terapeutycznej da się sprowadzić do metody pogłębionego, aktywnego słuchania, która tworzy warunki sprzyjające autoekspresji pacjenta, zarówno w sensie dzielenia się przez niego osobistym doświadczeniem, jak i w sensie odreagowania tłumionych dotąd negatywnych emocji.

Na pierwszy rzut oka, w przedstawionej klasyfikacji pewne wątpliwości może wzbudzić traktowanie udzielania informacji i wyjaśnień oraz pocieszania i uspokajania jako odrębnych interwencji. Wątpliwości biorą się stąd, że w jednym i drugim przypadku w grę wchodzi informacja i wyjaśnienie. Niemniej jednak o ile w pierwszym chodzi o obiektywne informacje pomagające zbudować pacjentowi zrozumiały i adekwatny obraz sytuacji (np. cechy i spodziewany przebieg choroby, pożądane postępowanie lecznicze), to w drugim przypadku nacisk położony jest przede wszystkim na uwypuklenie dobrych stron sytuacji i akcentowanie pozytywnych elementów jej obrazu, przedstawianie pozytywnych perspektyw i możliwości, budzenie optymizmu i nadziei. Są to więc różne typy interwencji, co wcale nie oznacza, że nie mogą i nie powinny być w praktyce łączone. Można przyjąć, że im więcej różnych form interwencji pojawia się w działaniu terapeuty, tym większe korzyści może odnieść pacjent, pod warunkiem, że interwencje te dostosowane są do jego potrzeb i sytuacji.

Rozdzielenie pocieszania, okazywania ciepła i empatii również może budzić pewne wątpliwości. Jeśli jednak wziąć pod uwagę zachodzące między nimi istotne różnice: pocieszanie jako informacja ukierunkowana wyłącznie na wywołanie optymistycznego spojrzenia na sytuację, okazywanie ciepła jako werbalna i niewerbalna ekspresja własnych, pozytywnych uczuć oraz okazywanie empatii jako adekwatne nazywanie uczuć doświadczanych przez pacjenta i wyrażanie zrozumienia dla nich, podział wydaje się być uzasadniony.

Ostatnie trzy typy interwencji mają charakter zdecydowanie wspierający. Dostarczają pacjentowi bezpośredniego wsparcia emocjonalnego, chociaż w komunikacji terapeutycznej pewien poziom wsparcia powinien towarzyszyć także pozostałym, omówionym wcześniej typom interwencji o bardziej dyrektywnym charakterze.

Ogólnie rzecz biorąc, wymienione interwencje zmierzają do uruchomienia czynników terapeutycznych opisanych w następnym podrozdziale, prowadząc do:

- wzmocnienia poczucia siły pacjenta – umocnienia jego poczucia własnej wartości, poczucia sensu, rozumienia sytuacji i poczucia wsparcia,
- emocjonalnej mobilizacji – wzmocnienia chęci życia, optymizmu i nadziei oraz poprawy nastroju,
- autoekspresji – uzewnętrznienia zalegających uczuć negatywnych i podzielenia się informacjami o przeżywanych problemach.

To, czy podejmowane interwencje będą miały charakter terapeutyczny, zależy w dużym stopniu od tego, czy towarzyszy im relacja terapeutyczna i czy mieszczą się one w jej granicach. Na przykład nieumiejętne zbieranie informacji czy dzielenie się z pacjentem wszelkimi posiadanymi informacjami o chorobie, dawanie mu niestosow-

nych rad, pocieszanie, gdy należałoby go wcześniej wysłuchać, okazywanie pozytywnych uczuć bez żadnej nad nimi kontroli albo próby empatycznych reakcji w sytuacjach wymagających dyrektywnego działania, nie spełniają zamierzonej, terapeutycznej funkcji.

Przedstawiona powyżej klasyfikacja interwencji terapeutycznych wraz z charakterystyką podstawowych celów terapeutycznej zmiany, charakterystyką relacji terapeutycznej i przedstawioną w następnym podrozdziale listą wspólnych, elementarnych czynników terapeutycznych, tworzy model najważniejszych procesów i działań, jakie zachodzą lub są podejmowane na elementarnym poziomie kontaktu terapeutycznego z pacjentem. Jej niewątpliwą zaletą jest empiryczny charakter. Powstała i była wykorzystywana w serii badań nad przygotowaniem pielęgniarek do udzielania pomocy psychicznej w opiece nad chorym, gdzie wykazała swą znaczną przydatność (Motyka, Motyka, Wsołek, 1995; Motyka, 1995a; Motyka, 1995b; Motyka, Motyka, Wsołek, 1997; Whyte, Motyka, Motyka, Wsołek, Tune, 1997). Do kolejnych zalet należą stosunkowo obszerny zakres wyszczególnionych łącznie interwencji oraz proste kryteria ich identyfikacji.

Podstawą stworzenia omawianej klasyfikacji była jakościowa analiza treści werbalnych reakcji grupy 50 czynnych zawodowo pielęgniarek na wyobrażoną sytuację, w której pacjent wyrażał niepokój dotyczący jego stanu zdrowia (Motyka, 1995a; Motyka, Motyka Wsołek, 1997). Każda z pielęgniarek otrzymała zadanie z następującą instrukcją: „Wyobraź sobie, że pracujesz w szpitalu na oddziale wewnętrznym i jeden z niedawno przyjętych pacjentów zwraca się do ciebie z pytaniem: Chciałbym zgłosić, że wciąż mam uczucie ucisku w gardle, które niekiedy tak się nasila, że nie mogę nic przełknąć. Czy ten stan pozostanie mi już na zawsze? Zastanów się, co odpowiedziałabyś pacjentowi w takiej sytuacji? Napisz swoją propozycję odpowiedzi”. Pisemne wypowiedzi pielęgniarek poddane zostały skrupulatnej analizie prowadzonej pod kątem identyfikacji tych wszystkich fragmentów odpowiedzi, które w sposób czytelny, wyrażały jasno określoną formę udzielanej pomocy. Po uporządkowaniu uzyskanych fragmentów otrzymano zestawienie wszystkich występujących w zebranych materiale rodzajów interwencji. Było ich 7, ponieważ w analizowanych wypowiedziach występowała dodatkowa, tu nieuwzględniona kategoria, polegająca na kierowaniu pacjenta do lekarza. Powtórzenie badań w poszerzonej, stuosobowej grupie pielęgniarek potwierdziło zasadność stworzonego podziału (Motyka, 1995b).

Konfrontując omawianą obecnie klasyfikację z innymi, przedstawionymi w tym podrozdziale propozycjami oraz z listą obejmującą interwencje usunięte z omawianych wcześniej klasyfikacji wspólnych czynników terapeutycznych, dla porządku należy rozpatrzyć pięć dodatkowych kategorii, które nie zostały w niej uwzględnione.

Są to:

- bezpośrednie działania na rzecz pacjenta (załatwianie różnych spraw, dostarczanie potrzebnych środków itp.) (Hopson, 1986; 1988),
- uczenie (pomaganie w zdobyciu wiedzy i umiejętności potrzebnych w radzeniu sobie z sytuacją) (Hopson, 1986; 1988),
- działania sugestywne (pozycja z listy wspólnych czynników terapeutycznych),
- odwarunkowanie, przewarunkowanie, desensytyzacja (jak wyżej),
- pobudzanie do wglądu (jak wyżej).

Jeżeli chodzi o pierwszą z wymienionych tu kategorii interwencji, to z pewnością należy ją uznać za jedną z form znacznie szerszej kategorii działań osoby pomagającej,

jaką jest wsparcie. Trzeba się jednak zastanowić, czy wsparcie udzielone w formie bezpośredniej, fizycznej lub materialnej pomocy należy traktować jako formę interwencji psychoterapeutycznej. Wątpliwość ta jest tym bardziej uzasadniona, że załatwianie za pacjenta pewnych spraw, które może lub powinien załatwić sam, należy uznać za niepożądane i antyterapeutyczne. W dodatku działania tego typu należą do działań typowo opiekuńczych, a nie psychoterapeutycznych, więc nie powinny być zaliczane do rutynowych form pomocy psychologicznej w omawianym tutaj znaczeniu. Pamiętając o tych zastrzeżeniach, wydaje się zatem, że brak jest uzasadnienia dla uwzględnienia ich w rutynowych interwencjach z zakresu komunikacji terapeutycznej. Nie zmienia to faktu, że czasem zrobienie dla pacjenta czegoś, co wykracza poza zakres bezpośrednich obowiązków, a co zostaje odebrane jako gest prawdziwego zainteresowania lub troski, może mieć ogromne znaczenie psychoterapeutyczne. Tego typu instrumentalne wsparcie należy jednak traktować raczej jako niewerbalny przejaw pozytywnych uczuć wobec pacjenta, niż jako odrębną kategorię interwencji terapeutycznych.

Dyskutowany rodzaj działań wspierających musi być w dodatku podejmowany bardzo ostrożnie i z dużym wyczuciem, tak aby dotyczył sytuacji wyjątkowych, nie przekraczał granic kontraktu terapeutycznego i nie utrudniał pacjentowi nabywania samodzielności w zaspokajaniu potrzeb. Wiąże się on bowiem z podstawowym dylematem charakterystycznym dla wielu działań opiekuńczych – jak wiele opieki zapewnić wspomaganemu, a jak wiele wymagać samodzielności?

Kolejna kategoria interwencji określona tu jako „uczenie” również zasługuje na uwagę. W opiece nad chorym edukacja odgrywa však bardzo poważną rolę, a rola ta wraz z coraz większym współudziałem chorego w procesie leczenia stale rośnie. Jednak zdobywanie przez chorego wiedzy i umiejętności potrzebnych mu w lepszym radzeniu sobie z emocjonalnymi problemami wywołanymi chorobą bardziej odpowiada tzw. ogólnym celom procesu terapeutycznego i tak zostało potraktowane w ramach tworzonego modelu. Z kolei typowa działalność o charakterze edukacji medycznej, podejmowana wobec pacjenta w sposób systematyczny i planowy (np. programy edukacyjne w leczeniu lub zapobieganiu różnym chorobom), podobnie jak typowa działalność opiekuńcza, realizowana np. w ramach opieki społecznej, nie powinna być zaliczana do podstawowych aktywności z zakresu komunikacji terapeutycznej. W obu przypadkach mamy bowiem do czynienia z odrębnymi rodzajami działań służących choremu człowiekowi, mającymi odrębne, specyficzne cele i posługującymi się innymi metodami. Komunikacja terapeutyczna może znaleźć pewne zastosowanie w każdym z nich, ale z żadnym z nich nie powinna być utożsamiana.

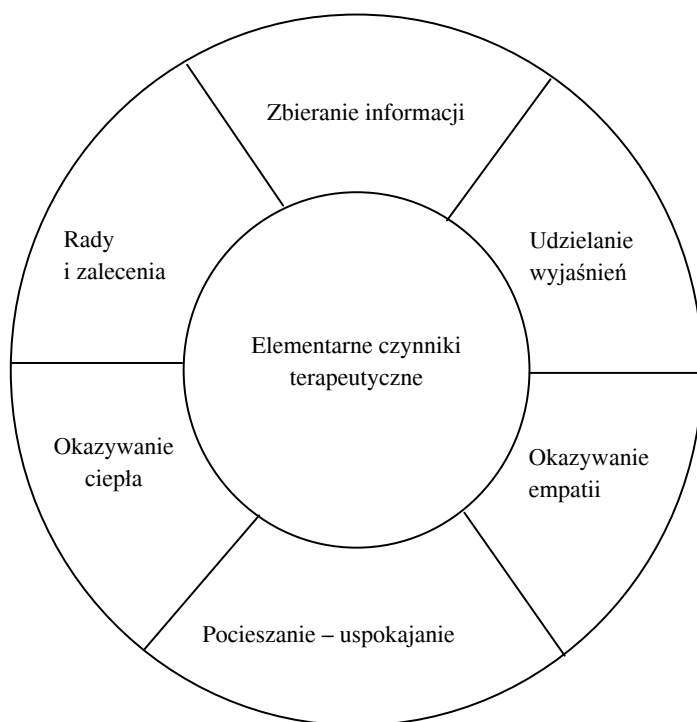
Jeśli chodzi o stosowanie sugestii, to niewątpliwie pojawia się ona w wielu działaniach medycznych, lecz nie w formie celowych i zamierzonych oddziaływań, jak ma to miejsce w przypadku sugestii stosowanej w ramach psychoterapii specjalistycznej, np. podczas hipnoterapii. Zamierzone i celowe, a co więcej intensywne stosowanie sugestii należy do zaawansowanych metod psychoterapii specjalistycznej, stąd też nie wydaje się celowe wyróżnianie odrębnych interwencji sugestywnych w ramach komunikacji terapeutycznej.

Również odwarunkowanie, przewarunkowanie i desensytyzacja nie kwalifikują się do uwzględnienia ich w repertuarze interwencji z zakresu komunikacji terapeutycznej, gdyż określenia te są właściwe dla specjalistycznych technik stosowanych w ramach terapii behawioralnej.

To samo dotyczy również działań mających na celu pobudzanie wglądu, które łączą się ze stosowaniem bardzo specjalistycznych technik, takich jak np. analiza wolnych skojarzeń, analiza marzeń sennych, analiza oporu lub analiza przeniesienia, używanych w ramach podejścia psychodynamicznego.

Jak wynika z powyższego omówienia, inne przedstawione w tym podrozdziale propozycje, podobnie jak lista interwencji terapeutycznych uzyskana z rozpatrywanych wcześniej list czynników terapeutycznych, nie dostarczają uzasadnienia dla wprowadzenia istotnych korekt w proponowanej klasyfikacji. Jest ona stosunkowo prosta i łatwa w praktycznym stosowaniu, a co więcej, w pełni wyczerpuje zakres działań wyznaczonych przez podstawowe, ogólne i specyficzne cele komunikacji terapeutycznej.

Klasyfikację tę ilustruje poniższa rycina.



Ryc. 3. Komunikacja terapeutyczna: rodzaje interwencji terapeutycznych

Przedstawiając tę i ważniejsze klasyfikacje elementarnych działań terapeutycznych, warto na koniec jeszcze raz podkreślić, że dopiero kontakt terapeutyczny tworzy unikalną i bezpieczną przestrzeń psychologiczną, pozwalającą efektywnie realizować podejmowane interwencje. Przestrzeń ta tworzy optymalne warunki dla zapewnienia skuteczności terapeutycznych oddziaływań, czyli optymalnego aktywizowania czynników terapeutycznych i optymalnego przebiegu procesu terapeutycznej zmiany w trzech jej podstawowych kierunkach, tj. w zakresie uczenia się, zaspokajania podstawowych, emocjonalnych potrzeb pacjenta oraz integracji doświadczeń związanych z jego aktualnymi problemami.

4.5. Czynniki terapeutyczne w komunikacji terapeutycznej

Opierając się na obszernym zestawieniu wspólnych czynników terapeutycznych przedstawionym w poprzednim rozdziale, chciałbym teraz przedstawić własną propozycję klasyfikacji tych czynników, nieco zmodyfikowaną w stosunku do pierwowzoru i dostosowaną do warunków komunikacji terapeutycznej. Klasyfikację tę można jednocześnie traktować jako zestawienie potencjalnych, psychicznych zasobów człowieka, wpływających w konstruktywny, terapeutyczny sposób na przeżywanie siebie i swej sytuacji. Zasoby te w relacji terapeutycznej należy pobudzać i umacniać, dopomagając zmaganiom się pacjenta z chorobą.

Jak pamiętamy, lista wspólnych, elementarnych czynników terapeutycznych zidentyfikowanych podczas obszernej analizy literatury przedmiotu (patrz rozdział drugi i trzeci), liczyła w sumie aż 15 pozycji. Jednak nie wszystkie ze znajdujących się tam czynników znajdują pełne zastosowanie w komunikacji terapeutycznej. Korektywne doświadczenie emocjonalne, czynnik o bardzo dużym znaczeniu w psychoterapii specjalistycznej, należy wyeliminować z listy, ponieważ komunikacja terapeutyczna z czynnika tego nie korzysta w sposób zamierzony. Jej celem jest pomoc pacjentowi w radzeniu sobie z chorobą, a nie praca nad zmianą głęboko utrwalonych, destrukcyjnych schematów myślenia i przeżywania, w czym ważną rolę odgrywa właśnie korektywne doświadczenie emocjonalne.

Dokładne przeanalizowanie treści pozostałych czternastu czynników prowadzi do wniosku, że odnoszą się one do trzech, powiązanych z sobą, choć jednocześnie różnych, wymiarów psychicznego funkcjonowania człowieka.

Pierwszy z nich, nazwany tutaj wymiarem uogólnionego poczucia siły, odnosi się do poczucia mocy rozumianej szeroko jako przeciwieństwo bezradności czy załamania się morale, o którym pisał J. Frank. Poczucie mocy jako efekt zgeneralizowanej, pozytywnej oceny siebie, swoich działań i możliwości, może płynąć z wielu różnych źródeł, zarówno o charakterze wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Może być wyrazem wysokiej samooceny tych aspektów własnego funkcjonowania, którym jednostka przypisuje duże znaczenie, a także może pochodzić z zewnątrz, będąc wyrazem oparcia posiadanego w osobach bliskich lub w innych osobach z otoczenia, dysponujących niezbędnymi środkami i możliwościami działania.

Drugi z nich – czyli pozytywna mobilizacja emocjonalna, obejmuje dobry nastrój i pozytywne emocje, w tym nasycone optymizmem i nadzieją kierowanie się ku upragnionym celom niezależnie od istniejących przeszkód i trudności. Wymiar ten szczególnie mocno akcentuje znaczenie uczuć o pozytywnym zabarwieniu i ich terapeutyczną funkcję oraz emocjonalne zaangażowanie się w proces powrotu do zdrowia.

Trzeci wymiar – autoekspresja, odnosi się do stopnia otwartości i uwalniania (uewnętrzniania) przykrych uczuć oraz gromadzących się napięć emocjonalnych.

Wymiary te (poczucie siły – bezradność; mobilizacja emocjonalna – apatia; autoekspresja – zamknięcie się) zdają się odzwierciedlać ważne dymensje psychicznego funkcjonowania, o szczególnym znaczeniu dla zdrowia psychicznego jednostki. Wraz z listą czternastu zidentyfikowanych wcześniej, elementarnych czynników terapeutycznych, opisują stan potencjalnych zasobów psychicznych jednostki, zwiększających odporność na stres, a zarazem wywołujących pożądane zmiany w jej ogólnym funkcjonowaniu. Zadaniem komunikacji terapeutycznej jest uruchamianie i rozwijanie po-

siadanych przez pacjenta zasobów (czynników terapeutycznych) stosownie do potrzeb wynikających z jego sytuacji i możliwości.

Poniżej zamieszczam obszerny opis przedstawionych wymiarów, odwołując się do charakterystyki wchodzących w ich skład elementarnych czynników terapeutycznych dostosowanej do potrzeb komunikacji terapeutycznej.

1. **Wymiar uogólnionego poczucia siły** – pochodzącego z zewnątrz (czynniki: „poczucie kontaktu z innymi”, „uniwersalizacja”, „poczucie wsparcia”) albo ze źródeł wewnętrznych (czynniki: „poczucie mocy osobistej”, „identyfikacja”, „poszerzenie świadomości – poczucie rozumienia”, „konfrontacja z rzeczywistością”, „poczucie sensu”, „altruizm”)

- **Poczucie kontaktu z innymi**

Czynnik ten wyraża się poczuciem pozostawania w kontakcie z innymi ludźmi, poczuciem czyjejś obecności, więzi z innymi, a także poczuciem przynależności do większych grup i organizacji. Świadomość „nie jestem sam” podnosi na duchu i wzmacnia psychicznie, przelamuje bolesną barierę lęku i samotności. Stwarza możliwość otrzymania wsparcia od innych, a także, co nie jest bez znaczenia, możliwość wywierania na nich pozytywnego wpływu i odbierania płynącej stąd satysfakcji.

- **Uniwersalizacja**

Czynnik ten, podobnie jak poprzedni, również odwołuje się do świadomości pacjenta, że nie jest sam, ale tym razem, że nie jest sam w kłopotach. Mając świadomość, że inni pacjenci są w podobnie trudnej, a może i gorszej od niego sytuacji, chory paradoksalnie zaczyna czuć się lepiej. Świadomość ta z jednej strony włącza go w społeczność osób cierpiących, a z drugiej, przynajmniej częściowo, pozwala na pozbycie się obaw, że jest gorszy od innych lub że jest w gorszej od innych sytuacji. Osłabia również uczucia krzywdy i zazdrości związane z tego typu obawami. Czasem poprzez tzw. „porównanie w dół” pozwala zobaczyć swoją sytuację nawet jako lepszą i sprawia, że własne dolegliwości i problemy stają się jakby łatwiejsze do zniesienia.

- **Poczucie wsparcia**

Poczucie wsparcia to wytworzone u chorego poczucie, że jest przez innych akceptowany i rozumiany, a więc traktowany z życzliwością i zrozumieniem. Poczucie, że może liczyć na pomoc ze strony innych, nastawionych doń pozytywnie ludzi. Czynnik ten akcentuje nie tyle sam fakt mającego miejsce kontaktu, co jego pozytywną treść, a więc doświadczenie pozytywnego kontaktu z terapeutą albo z innymi, życzliwie doń nastawionymi ludźmi, np. współpacjentami. Terapeutyczne znaczenie tego czynnika w komunikacji terapeutycznej jest szczególnie duże i jest on w niej szczególnie często wykorzystywany.

Należy zauważyć, że wszystkie trzy wymienione dotąd czynniki stanowią pewną, pośrednią lub bezpośrednią, formę wsparcia. Poczucie bycia wspieranym, w sposób oczywisty wzmacnia ogólne poczucie siły pacjenta i posiadanych przezeń środków (możliwości). Choć wsparcie zostaje dostarczone z zewnątrz, to ostatecznie ma wspomagać i stymulować własne siły oraz możliwości pacjenta. Można jednak wyobrazić sobie także sytuację błędnie udzielanego wsparcia, które w formie nadopiekuńczości albo nadmiernej kontroli będzie uzależniać i hamować samodzielność pacjenta, na dalszą metę pogłębiając jeszcze bardziej odczuwane przez niego poczucie słabości.

- **Poczucie mocy osobistej**

Czynnik określony tu mianem poczucia mocy osobistej jest konstrukcją zdecydowanie złożoną. Jego istota wiąże się bezpośrednio z różnymi aspektami pozytywnej samooceny, której globalnym, emocjonalnym wyrazem jest ogólne poczucie własnej wartości i jego odpowiedniki, takie jak wiara w siebie czy poczucie siły wewnętrznej. Różne aspekty samooceny manifestują się w różnych, chociaż zbliżonych do siebie określeniach. Obok najbardziej ogólnego, emocjonalnego aspektu pozytywnej samooceny, wyrażającego się w takich określeniach, jak poczucie siły wewnętrznej, poczucie własnej wartości czy wiara w siebie, najczęściej obecnie spotykamy się z takimi jej aspektami, jak: poczucie własnej skuteczności – zaradności (uogólniona, pozytywna ocena radzenia sobie w różnych sytuacjach), poczucie kontroli (poczucie panowania nad sytuacją) oraz wewnętrzne poczucie kontroli (przyjęcie współodpowiedzialności za podejmowane działania i decyzje).

Związane z ogólną samooceną poczucie siły – mocy osobistej, do pewnego stopnia może funkcjonować autonomicznie, tj. niezależnie od stanu faktycznie posiadanej wiedzy i umiejętności. Ponieważ dla poczucia mocy osobistej nie jest obojętne, jakim repertuarem umiejętności interpersonalnych, sposobów radzenia sobie ze stresem czy wiedzą i umiejętnościami postępowania w chorobie jednostka dysponuje, więc posiadaną wiedzę i umiejętności wypada również uznać za istotny element tego czynnika. Odpowiednio wykorzystane zwiększają poczucie skuteczności radzenia sobie z chorobą. Należy jednak zaznaczyć, że poszerzanie wiedzy i doskonalenie umiejętności pacjenta dotyczących postępowania w chorobie, choć ma pewne znaczenie psychoterapeutyczne, bezpośrednio należy bardziej do zadań edukacji zdrowotnej niż komunikacji terapeutycznej.

- **Identyfikacja**

Identyfikacja to czynnik zwiększający poczucie siły poprzez proces nieświadomego utożsamiania się z osobami budzącymi podziw pacjenta, w tym także nieświadomego naśladowania tych pacjentów, których postawa w obliczu choroby oraz związanych z nią problemów okazuje się godna podziwu i uznania. Może być traktowany jako szczególny aspekt poprzedniego czynnika. Należy podkreślać, że przypisywanie sobie cech osób budzących uznanie ma znaczący wpływ na samoocenę, podobnie jak czerpanie z pożądaných i posiadanych wzorów identyfikacyjnych wyraźnie zwiększa możliwości zaradcze.

W przypadku gdy identyfikacja zachodzi w odniesieniu do osób wprawdzie podziwianych przez pacjenta lub posiadających wyższą od niego pozycję społeczną, lecz prezentujących antyzdrowotne lub antyspołeczne wzory zachowań, pacjent zyskując swą dodatkową część „mocy”, w gruncie rzeczy traci, przyswajając zachowania, które mu nie służą. Stąd też należy być ostrożnym, podsuwając pacjentowi wzory identyfikacyjne, chociaż, co trzeba podkreślić, proces ten zachodzi nieświadomie i zwykle podlega niewielkiej kontroli ze strony personelu.

Element identyfikacji we wzmacnianiu poczucia siły wydaje się odgrywać szczególnie ważną rolę w przypadku chorych dzieci, dla których tzw. identyfikacja z agresorem, w tym przypadku z ludźmi w bieli, może mieć duże psychoterapeutyczne znaczenie.

- **Poczucie rozumienia**

W obecnym ujęciu „poczucie rozumienia” to dostosowany do kontekstu komunikacji terapeutycznej odpowiednik „poszerzenia świadomości”. Odnosi się on do poznania i rozumienia przez pacjenta swej aktualnej, związanej z chorobą sytuacji, obejmując

między innymi wyjaśnienie objawów choroby i jej przebiegu, stosowanych metod leczenia i opieki oraz zalecanych sposobów postępowania w chorobie. Obejmuje również rozumienie niektórych, własnych reakcji na chorobę oraz ich uwarunkowań. Czynnikiem ten wiąże się z podstawową potrzebą człowieka, jaką jest choćby elementarny poziom poznania i rozumienia tego, co go otacza i tego, co się z nim dzieje. Istotą tego czynnika jest posiadanie obrazu sytuacji pozwalającego na:

- redukcję niepewności (nieznane budzi lęk),
- pewien stopień poznawczej kontroli,
- uzyskanie przesłanek dla skutecznych działań i decyzji (realność posiadanych wyobrażeń),
- redukcję nierealistycznych obaw,
- optymistyczną ocenę sytuacji, pozwalającą zobaczyć ją w lepszym niż dotychczas świetle.

Poczucie rozumienia sytuacji stanowi kolejny, ważny element omawianego tu wymiaru doświadczania siebie i swej sytuacji, jakim jest poczucie siły wewnętrznej. Prowadzi on bowiem do zwiększenia poczucia jasności i porządku, kontroli i panowania nad sytuacją.

• **Konfrontacja z rzeczywistością**

Czynnik ten traktowany tutaj jako autonomiczny, może być też uznany za szczególny aspekt poczucia rozumienia swej sytuacji. Konfrontacja z rzeczywistością łączy się jednak nie tylko z trzeźwym, realistycznym spojrzeniem na swą sytuację (realność wyobrażeń), ale też z rezygnacją z nierealistycznych pragnień. Konfrontacja zawiera zawsze pewien element ryzyka. Chociaż realistyczna i adekwatna ocena sytuacji potrzebna jest pacjentowi do podjęcia przez niego rozumnych i pożądaných działań, to jednocześnie w przypadku gdy sytuacja okazuje się bardzo niekorzystna lub wręcz beznadziejna, jak np. przy bardzo złym rokowaniu, realistyczny obraz sytuacji może tracić swą funkcję terapeutyczną. Poznawczy aspekt konfrontacji z rzeczywistością przeplata się tu bowiem z jego aspektem emocjonalnym, jakim jest przyjęcie i akceptacja rzeczywistości, w pozytywnym znaczeniu tego słowa, a nie tylko w formie poddania się i rezygnacji. W tym ostatnim przypadku mamy bowiem do czynienia z akceptacją, którą należy określić jako pozorną, gdyż towarzyszy jej stłumiony bunt wyrażający się na zewnątrz postawą przygnębienia, bierności i poddania.

Akceptacja nieuniknionego jest w zasadzie konieczna, jednak gdy nieuniknione łączy się z głęboką, osobistą tragedią lub z poważnym cierpieniem, indywidualne możliwości akceptacji takiego doświadczenia u różnych ludzi okazują się bardzo zróżnicowane, a w dodatku zmieniają się w czasie, pozostając zależne od wielu dodatkowych czynników.

W terapeutycznym oddziaływaniu z pewnością chodzi o pomoc w stworzeniu realnego obrazu sytuacji i jego akceptacji, niemniej jednak pomoc ta nie powinna przysparzać pacjentowi dodatkowych cierpień. Dlatego też informacje dotyczące złych i smutnych stron sytuacji muszą być dawkomane bardzo ostrożnie i w sposób wysoce zindywidualizowany, dostosowany do aktualnych możliwości adaptacyjnych chorego. Czasem jest lepiej, by pełna informacja w ogóle do niego nie dotarła (problem tzw. świadomości zastrzeżonej). Decyzje dotyczące tego, czy i ile informacji ma pacjent otrzymać, powinny uwzględniać zarówno jego oczekiwania, jak i posiadane możliwości. Konfrontacji z rzeczywistością powinno towarzyszyć ponadto uaktywnienie pozostałych czynników terapeutycznych, szczególnie takich, jak poczucie wsparcia, nadzieja,

poczucie mocy osobistej, poczucie sensu oraz takich, jak odreagowanie i możliwość podzielenia się z kimś swym osobistym, a zarazem bolesnym doświadczeniem (auto-prezentacja).

- **Poczucie sensu**

Poczucie sensu jako czynnik terapeutyczny odgrywa również bardzo ważną rolę, zwłaszcza w przypadku gdy choroba okazuje się poważna, wymaga znacznych wysiłków i poświęceń ze strony chorego albo też akceptacji bolesnej i trudnej do przyjęcia rzeczywistości.

Chodzi tu o nadanie sensu i znaczenia swym doświadczeniom i wysiłkom oraz o spostrzeganie krytycznych doświadczeń życiowych jako czegoś, co zawiera pozytywne znaczenie w kontekście własnego życia, lub czegoś, co sens temu życiu nadaje. Ważna jest tu taka interpretacja i posiadanie takich ram odniesienia, które w sposób korzystny zmieniają perspektywę spojrzenia na swoje troski i cierpienia. Idzie tu nie tyle o umniejszanie czy bagatelizowanie ich znaczenia, co o zmianę tego znaczenia na bardziej pozytywne. Takich pozytywnych ram odniesienia dostarcza choremu np. światopogląd, w którym wymiar cierpienia lub wyrzeczenia jest wartościowany pozytywnie lub gdzie szczególne znaczenie ma perspektywa ponadosobista.

Może chodzić tu również o poczucie zaangażowania w realizację cennych wartości oraz działanie związane z poczuciem wypełniania ważnej misji. Przekonanie, że to, co się robi lub że to, co nas spotyka, ma jakiś głębszy sens. Pomoc w dotarciu do tego sensu, ukrytego wcześniej przed oczyma chorego, ma nieocenione znaczenie w wielu przypadkach poważnych problemów życiowych.

- **Altruizm**

Czynnik ten, niezwykle blisko sąsiadujący z poprzednim, w omawianym kontekście może być rozumiany jako doświadczanie swoistej satysfakcji związanej z działaniem na rzecz innych. Jest to nadawanie sensu i znaczenia własnym działaniom oraz podnoszenie poczucia własnej wartości i przydatności, przez ofiarowaną innym pomoc i życzliwość. Tymi innymi mogą być pacjenci będący w podobnej lub jeszcze gorszej niż chory sytuacji, jego najbliżsi oraz osoby z bliskiego otoczenia.

Wymienione wyżej czynniki, takie jak poczucie mocy osobistej, identyfikacja, poczucie rozumienia, konfrontacja z rzeczywistością, poczucie sensu oraz altruizm stanowią dla człowieka kolejne źródła siły wewnętrznej. Wraz z opisanymi wcześniej czynnikami, dostarczającymi poczucia oparcia płynącego ze związków z innymi ludźmi, składają się na ten wymiar psychicznego funkcjonowania jednostki, który został tu określony jako „uogólnione poczucie siły”.

2. **Wymiar emocjonalnej mobilizacji** (czynniki: „nadzieja”, „humor”, „pozytywna motywacja”)

- **Nadzieja i optymizm**

Kolejny czynnik terapeutyczny, jakim jest nadzieja, jest tym czynnikiem, który wymieniany jest chyba najczęściej na listach wspólnych czynników terapeutycznych konstruowanych przez różnych autorów. Chodzi w nim zarówno o pozytywne oczekiwania uzyskania skutecznej pomocy, wyleczenia lub jakiejś innej formy rekompensaty za ponoszone trudy i cierpienia, jak i o towarzyszące tym oczekiwaniom uczucia, każące pacjentowi wierzyć, że jego sytuacja się poprawi i będzie lepiej, cokolwiek by to „lepiej” znaczyło. Czynnik ten ma wiele wspólnego z efektem placebo z jednej strony,

a optymizmem z drugiej i, jak wynika z niezliczonych przykładów i obserwacji klinicznych, odgrywa w leczeniu bardzo poważną rolę.

Jednym z dobrze udokumentowanych przypadków, wręcz zdumiewającego wpływu nadziei na przebieg bardzo poważnej choroby, może być choćby cytowany m.in. przez E. Rossiego (1995) przypadek pacjenta, u którego rozpoznano mocno zaawansowany, złośliwy nowotwór węzłów chłonnych. Ze względu na to, że przypadek ten znakomicie ilustruje istotę omawianego czynnika, przytoczę go tu w całości. Na skutek rozwoju choroby, pan Wright, bo tak nazywał się ów pacjent, znajdował się w bardzo złym stanie somatycznym, często korzystał z maski tlenowej i środków uśmierzających ból. Traktowany był jako chory w stanie terminalnym. Pomimo że lekarze stracili już nadzieję na wyleczenie, pacjent wciąż oczekiwał na pojawienie się nowego, niezwykle skutecznego leku, o którym przeczytał w prasie. Tak się złożyło, że klinika, w której przebywał opisywany pacjent, została wytypowana do przetestowania nowego leku. Ze względu na zaawansowanie choroby pacjent nie kwalifikował się do grupy pacjentów, na których miano wypróbować nowy preparat. Przewidywany okres życia tej grupy chorych miał bowiem obejmować okres co najmniej 3 do 6 miesięcy, a panu Wrightowi dawano co najwyżej dwa tygodnie. Jednak entuzjazm pacjenta i jego błagania, aby włączyć go do programu badań nowego preparatu spowodowały, że lekarz odpowiedzialny za program, ugiął się pod jego naciskiem.

Natychmiast po rozpoczęciu leczenia, wbrew oczekiwaniom lekarzy, stan pacjenta zaczął się szybko poprawiać, tak iż po kilku dniach od zmiany leczenia guzy zaczęły znikać, a pacjent zaczął wstawać i chodzić po oddziale, żartując z pielęgniarkami. W ciągu dziesięciu dni objawy jego choroby zniknęły i chociaż brzmi to nieprawdopodobnie, wkrótce pan Wright opuścił szpital.

Wypada zaznaczyć, że taka nadzwyczajna poprawa dotyczyła tylko tego jednego pacjenta. U innych pacjentów leczonych nowym preparatem nie zauważono szczególnej poprawy. Po około dwóch miesiącach w prasie zaczęły pojawiać się sprzeczne doniesienia na temat nowego leku, a wkrótce wszystkie kliniki, które testowały nowy lek, potwierdziły jego brak skuteczności. Lekarz leczący pana Wrighta w szpitalu, opiekował się nim również i po wyjściu do domu. Zaobserwował on, że wraz ze stopniową utratą wiary w skuteczność odbytego leczenia stan pacjenta wraca do stanu poprzedniego. Zaryzykował więc eksperyment, który i tak w jego przekonaniu nie mógł już więcej zaszkodzić pacjentowi. Skłamał, mówiąc mu, aby nie wierzył w to, co piszą gazety, gdyż specyfik jest niezwykle obiecujący, a złe efekty leczenia, o których donosi prasa, to wynik stosowania leku źle oczyszczonego, podczas gdy on posiada nową serię produktu, doskonale rafinowanego i o podwójnej mocy wobec leku, który pacjent otrzymywał poprzednio.

Choć w rzeczywistości chory otrzymywał jedynie placebo, jego stan znowu istotnie się poprawił, do tego stopnia, iż pacjent podjął nawet pracę zawodową. Niestety, gdy po pewnym czasie opublikowano w prasie oficjalny komunikat Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego, iż przeprowadzone na całym świecie testy dowiodły, że krebiozen – tak nazywał się lek, nie ma żadnej terapeutycznej wartości, stan pacjenta szybko się pogorszył i wkrótce po zapoznaniu się z tym komunikatem pacjent zmarł.

Przytoczyłem tak obszerny przykład wpływu nadziei na stan zdrowia, gdyż w sposób niezwykle czytelny ilustruje on jej rolę i znaczenie. Z przykładu tego jasno wynika, jak wielką siłą leczącą stanowi stan umysłu, w którym dominuje nadzieja. Nie znaczy to wcale, że dobrym posunięciem będzie budzenie nierealistycznych oczekiwań chore-

go, które, jak wiemy, bezwzględnie muszą runąć w konfrontacji z twardą rzeczywistością. W każdym przypadku postępowanie powinno uwzględniać konkretną sytuację pacjenta i to zarówno w jej obiektywnym, jak i psychologicznym wymiarze.

• **Humor**

Od strony emocjonalnej, terapeutyczna funkcja humoru łączy się zarówno z uzdrawiającą siłą pozytywnych emocji (dobry nastrój), jak i z katartycznym działaniem śmiechu, pozwalającym na bezpieczne rozładowanie napięcia. Dość łatwo zauważyć również jego bliski związek z optymizmem i nadzieją. Od strony poznawczej, humor łączy się z uzyskaniem nowej perspektywy spojrzenia na swe problemy i rzeczywistość, zawierającej pewien szczególnie element dystansu, prowadzący do osłabienia powagi i znaczenia tych problemów. Już samo wymienienie tych wysoce konstruktywnych składników humoru ukazuje, jak wielką siłą terapeutyczną może dysponować ten czynnik. Siłę tego czynnika wykazał między innymi N. Cousins (1983), redaktor jednego z czołowych czasopism amerykańskich „The Saturday Review”, przekonująco opisując jego udział w leczeniu poważnych chorób somatycznych, które sam przechodził.

Warto zauważyć, że humor jako czynnik terapeutyczny odgrywa ważną rolę w wielu technikach psychoterapeutycznych, co szczególnie wyraźnie uwidacznia przykład intencji paradoksalnej (Frankl, 1984).

Chociaż humor należy zaliczyć do psychicznych zasobów jednostki o wysoce terapeutycznym znaczeniu, to trzeba pamiętać, że może on być wykorzystany przez pacjenta w sposób antyterapeutyczny. Będzie tak wówczas, kiedy ten używa humoru w sposób obronny, zniekształcając i usuwając z pola uwagi te elementy choroby i związanej z nią osobistej sytuacji, które powinny być wzięte pod uwagę jako przesłanki ważnych i potrzebnych natychmiastowo decyzji. W takim przypadku humor służący pacjentowi do pomniejszania i bagatelizowania poważnych dolegliwości, z którymi można byłoby jeszcze coś zrobić, podobnie jak rozładowywanie poprzez żart i wesołość napięcia, które mogłoby dostarczyć potrzebnej motywacji dla możliwych, a bardziej konstruktywnych działań, należy uznać za zdecydowanie niekorzystne.

• **Pozytywna motywacja**

Jak się wydaje, pozytywna motywacja do leczenia, podobnie jak motywacja do życia, określana niekiedy mianem „chęci życia” lub „woli życia”, wraz z towarzyszącą jej mobilizacją emocjonalną, bardzo blisko sąsiadują z nadzieją. Jednocześnie ze względu na to, że motywacja i nadzieja to czynniki do pewnego stopnia autonomiczne, bo można pragnąć zdrowia, nie mając nadziei na wyleczenie, postanowiono rozpatrywać je tutaj odrębnie.

Znaczenie właściwej motywacji w psychoterapii specjalistycznej wyraża się choćby w tym, że motywacja (obok charakteru objawów) jest podstawowym czynnikiem kwalifikowania pacjentów do leczenia tą metodą. W komunikacji terapeutycznej jest inaczej. Zgodnie z jej podstawowym założeniem wszyscy chorzy powinni być nią objęci, dlatego też motywację do leczenia należy tu traktować nie jako warunek pomyślności leczenia, który ma być spełniony przez pacjenta, ale jako warunek, nad którym należy wspólnie z pacjentem pracować.

W zdecydowanej większości przypadków człowiek chory somatycznie pragnie być zdrowy i chce się pozbyć objawów choroby utrudniających mu życie. Nie oznacza to wcale, że jest właściwie zmotywowany do leczenia, któremu został poddany, czy do zalecanych form postępowania w chorobie. Wystarczy, że ich nie rozumie, nie rozpo-

znaje znaczenia otrzymanych zaleceń albo nie widzi bezpośredniego związku pomiędzy ich przestrzeganiem a postępami w leczeniu. Zadaniem profesjonalistów opiekujących się chorym jest to znaczenie i istniejące powiązania jasno mu pokazać, tłumacząc tak, aby je dobrze zrozumiał. Ważnym zadaniem jest również uświadomienie pacjentowi jego udziału w prowadzonym leczeniu i ukazanie, jak dużo zależy od jego aktywności i zaangażowania się w proces powrotu do zdrowia.

Czasem może się zdarzyć, że pacjent świadomie deklaruje chęć wyleczenia, ale nieświadomie pragnie umrzeć albo chorować. Tego typu przypadki, cechujące się między innymi komplikacjami i brakiem spodziewanych postępów w leczeniu pomimo stosowania właściwych metod i środków medycznych, wymagają głębszych interwencji psychoterapeutycznych, wykraczających poza obszar komunikacji terapeutycznej. Niemniej jednak w niektórych przypadkach, tj. tam, gdzie uda się dostrzec i zdiagnozować czynniki oraz motywy psychologiczne, mogące działać wbrew jego chęci bycia zdrowym, uświadomienie ich pacjentowi może oddziaływać terapeutycznie, neutralizując przynajmniej częściowo ich negatywne skutki i dopomagając w przejściu nad nimi kontroli.

3. *Wymiar autoekspresji (czynniki: „odreagowanie”, „otwartość”)*

• **Odreagowanie**

Czynnik ten, podobnie jak rozumienie sytuacji (poszerzenie świadomości, intelektualizacja, wgląd) oraz nadzieja bardzo często powtarza się na różnych listach wspólnych czynników terapeutycznych wymienianych w literaturze. Wiąże się on z emocjonalnym rozładowaniem, uwolnieniem nagromadzonych, negatywnych emocji i głęboko oczyszczającym efektem takiego rozładowania. W formie terapeutycznej odreagowanie emocji wyrażać się będzie zwłaszcza poprzez płacz, czasem krzyk, a zwłaszcza wyrażenie w słowach, czyli poprzez nazwanie doświadczanych uczuć. Nieraz bywa to bardzo trudne dla pacjenta. Dlatego też metoda aktywnego słuchania, a w niej techniki, takie jak parafrazowanie czy odzwierciedlanie uczuć, mogą być tu niezwykle pomocne.

Najważniejszym warunkiem terapeutycznego odreagowania jest jednak bezpieczny związek, relacja terapeutyczna, która tworzy psychologiczną przestrzeń, gdzie pacjent może bezpiecznie pomieścić swe żale, obawy i zmartwienia, bez obaw, że zostanie potępiony, wyśmiany bądź emocjonalnie odrzucony. Dlatego też próby odreagowania przy braku relacji terapeutycznej mogą przynieść wręcz negatywne skutki, podobnie jak próby odreagowania wykraczające poza tę relację, wyrażające się np. w formie pozasłownej agresji czy ataku.

• **Otwartość (samoodślanianie się)**

Szczególną formą autoekspresji, dotyczącą nie tyle uzewnętrznienia uczuć, co przekazania osobistych informacji o sobie, a więc bardziej „wygadania się” niż „wyplakania”, jest czynnik określony przez Blocha i Croucha (1985) mianem autoprezentacji, który bywa również określany jako samoodślanianie się lub otwartość.

W przypadku tego czynnika chodzi przede wszystkim o możliwość podzielenia się swymi zmartwieniami, troskami i problemami, z uważnym i rozumiejącym (akceptującym) słuchaczem oraz uzyskanie wspomnianego już wcześniej poczucia wsparcia – akceptacji, jak również poczucia oczyszczenia i autentyczności. Trochę podobnie jak przy odreagowaniu, pacjent pozbywa się części swoich zmartwień, mówiąc o nich, a więc dzieląc się nimi ze słuchaczem. Opowiadając o swoich przeżyciach i doświadczeniach, często związanych z lękiem, wstydem albo poczuciem winy, pacjent uży-

skuje większe poczucie wewnętrznej zgodności pomiędzy swym wnętrzem a zewnętrzną maską, co likwiduje płynące stąd dodatkowe napięcie.

Czując się rozumiany i akceptowany, zyskuje dodatkowe potwierdzenie, że to, o czym mówi, a więc jego myśli, uczucia i doświadczenia są w porządku. Jeśli nie wywołują zmieszania lub lęku u terapeuty, ani też nie prowadzą do szczególnie krytycznych ocen i komentarzy, mogą być zaakceptowane przez niego samego, jako część normalnego, ludzkiego doświadczenia, część normalnej, ludzkiej egzystencji. Wydaje się zresztą, że jest to mechanizm leżący u podłoża wszystkich form psychoterapii, a zarazem wszystkich sposobów psychologicznego pomagania, zarówno tych mniej, jak i bardziej zaawansowanych.

Kończąc to krótkie omówienie modelu czynników terapeutycznych składających się na doświadczane przez pacjenta poczucie siły, stan jego pozytywnej, emocjonalnej mobilizacji oraz poziom autoekspresji, chciałbym podkreślić, że model ten należy traktować przede wszystkim jako narzędzie służące intelektualnej refleksji i praktycznemu wykorzystaniu w kształtowaniu prawidłowych, zawodowych relacji z człowiekiem potrzebującym psychicznej pomocy. Rodzaj zadania, do którego zamierzamy użyć konstruowanych narzędzi, z pewnością powinien mieć wpływ na ich konstrukcję. Dlatego też fakt, że konstruowany model czynników terapeutycznych miał znaleźć praktyczne zastosowanie w obrębie komunikacji terapeutycznej, przesadził o kryteriach określających decyzje wyłaniania czynników. Kryteria te to przede wszystkim terapeutyczne znaczenie oraz dostępność (możliwość uruchomienia) w kontaktach o charakterze ogólnomedycznym (kontakt lekarz/pielęgniarka/rehabilitant – pacjent).

Odwolanie się do perspektywy powstającej z zestawienia wielu indywidualnych spojrzeń na omawianą rzeczywistość czynników terapeutycznych i eliminacja tych, które wykraczały poza przyjętą definicję, pozwoliło na obiektywizację i uporządkowanie listy wyodrębnionych czynników.

Warto zwrócić uwagę, że wymiar „uogólnionego poczucia siły”, zwłaszcza w części odnoszącej się do „poczucia siły wewnętrznej”, okazuje się bardzo zbliżony do poczucia koherencji w koncepcji A. Antonovskiego. Jego oś składająca się z poczucia mocy wewnętrznej (poczucie zaradności u A. Antonovskiego), poczucia zrozumiałości i poczucia sensu, jest prawie identyczna z opisywanymi przez tego autora elementami. Proponowane przeze mnie ujęcie wprowadza ponadto pewne dodatkowe komponenty, takie jak identyfikacja, adekwatna percepcja i akceptacja rzeczywistości (konfrontacja z rzeczywistością) oraz altruizm, poszerzając nieco obraz tego wymiaru. Z kolei uwzględnienie roli wsparcia płynącego z zewnątrz, podobnie jak roli pozytywnych uczuć oraz ekspresji emocjonalnej (mobilizacja emocjonalna i autoekspresja), w sposób zdecydowany rozbudowuje perspektywę spojrzenia na istotne, psychologiczne czynniki warunkujące odporność na stres i radzenie sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

Mam nadzieję, że przedstawiona tu klasyfikacja elementarnych czynników terapeutycznych, podobnie zresztą jak i cały teoretyczny model komunikacji terapeutycznej, okaże znaczną przydatność zarówno w praktyce pomocy psychicznej, udzielanej podczas leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji osobom dotkniętym chorobą lub kalectwem, jak i w badaniach naukowych dotyczących takiej pomocy, a także w psychologicznym szkoleniu personelu medycznego. Liczę na to, że koncepcja wspólnych czynników terapeutycznych umieszczona w kontekście relacji z chorym somatycznie, dostarczy nowych inspiracji do badań nad psychologicznymi aspektami opieki medycznej, a koncepcja komunikacji terapeutycznej rozpowszechni się i zostanie wprowadzona do szeroko rozumianej praktyki medycznej.

ROZDZIAŁ 5

SZKOLENIE W KOMUNIKACJI TERAPEUTYCZNEJ

5.1. Przygotowanie lekarzy i pielęgniarek do sprawowania funkcji psychoterapeutycznej w kontakcie z pacjentem

Uznając komunikację terapeutyczną za integralny element pomocy medycznej (Motyka, 1997b; 1997c; 1998; 1999a), należy podkreślić rolę właściwego przygotowania zawodowego w tym względzie. Przygotowanie to powinno uwrażliwiać pracowników opieki medycznej na psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem i ich znaczenie, dostarczać wiedzy pozwalającej na właściwą interpretację i rozumienie psychologicznych zjawisk mogących pojawiać się w takim kontakcie, a przede wszystkim rozwijać umiejętności budowania relacji terapeutycznej i udzielania psychicznego wsparcia.

Pomimo stałego doskonalenia programów psychologii, realizowanych na studiach lekarskich i pielęgniarskich (por. Bomba, Leśniak, 1997; Formański, 1993; Hebanowski, Bilikiewicz, 1993) oraz włączania do programów edukacyjnych różnych form treningu umiejętności psychospołecznych (por. Bradley, Edinberg, 1982; Burnard, 1986; 1991; van Meer, van Neijenhof, 1993; Motyka, Golańska, Pajor, 1978), przygotowanie lekarzy i pielęgniarek do pełnienia funkcji psychoterapeutycznej zarówno w Polsce, jak i na świecie wciąż nie przedstawia się najlepiej. Wskazują na to zarówno przypadkowe obserwacje i doświadczenia osób, które z racji choroby własnej lub swoich bliskich zmuszone były korzystać z opieki medycznej (Pajor, Kaczor, Motyka, 1988; Surmacka, 2001), jak i wyniki bardziej systematycznych badań dotyczących psychologicznych aspektów tej opieki (por. Gordon, Edwards, 1999; Korsch, Harding, 1999; Mayerscough, Ford, 2001; Łazowski, 1995).

Teza ta uzyskuje dodatkowe potwierdzenie w analizie najczęściej pojawiających się skarg pacjentów. Na przykład raport rzecznika National Health Service w Wielkiej Brytanii z 1991 roku wyraźnie ukazuje, że przytłaczająca większość, w tym przypadku aż 90% napływających skarg, wynika bardziej ze złej komunikacji z chorym niż z niedociągnięć natury czysto medycznej (cyt. za Mayerscough, Ford, 2001). Wydaje się, że wielu lekarzy zafascynowanych tym, co do ich praktyki wnoszą osiągnięcia

współczesnej techniki medycznej, farmakologii, nauk ścisłych i przyrodniczych, zapomina o tym, co stanowi niepodważalną istotę sztuki medycznej, czyli o terapeutycznej roli kontaktu z pacjentem.

Podobnie dzieje się z pielęgniarkami, chociaż powszechnie uważa się, że pielęgniarki, choćby z racji natury swego zawodu, potrafią lepiej dostosować się do emocjonalnych potrzeb swych pacjentów. Jednak i one coraz bardziej angażują się w standaryzowaną technologię opieki nad chorym (Gordon, Edwards, 1999). Jak pisze M. Di Matteo:

„W miarę upływu czasu studentki starszych roczników ukierunkowują się, podobnie zresztą jak lekarze, bardziej na chorobę niż na pacjenta, a w czasie ćwiczeń praktycznych coraz mniej czasu poświęcają niemedycznym potrzebom chorych” (cyt. za Gordon, Edwards, 1999, str. 23).

Studia medyczne na ogół nie pomagają w rozwijaniu wrażliwości na emocjonalne problemy innych ludzi. W obszernych badaniach przeprowadzonych w Polsce w latach siedemdziesiątych przez E. Łapińską (1974; 1975) za pomocą Kwestionariusza CPI Gougha okazało się, że osoby przyjmowane na pierwszy rok studiów lekarskich, w porównaniu z przeciętnym polskim studentem, są mniej wrażliwe na potrzeby innych ludzi, mniej skłonne do poświęceń i współpracy, natomiast bardziej impulsywne i nastawione bardziej rywalizacyjnie. Co więcej, te negatywne postawy interpersonalne ulegały dalszemu pogłębieniu w czasie studiów, dając w efekcie emocjonalne zdystansowanie się wobec przeżyć innych ludzi i brak wrażliwości na ich emocjonalne potrzeby.

W badaniach własnych autora, będących powtórzeniem cytowanych badań, tym razem na studiach pielęgniarstkich (Motyka, Pajor, Kabat, 1984; Motyka, Pajor, Grzesiek, 1984), nie zaobserwowano, co prawda, tak wyraźnych, niekorzystnych zmian postaw interpersonalnych, ale stwierdzono, że studia te nie dostarczyły programowo zakładanych zmian o pozytywnym charakterze. Wpłynęły, co prawda, na pewne podwyższenie elastyczności i niezależności studentek, podwyższenie ich poczucia własnej wartości i pewności siebie, lecz zwiększyły zarazem element dystansu emocjonalnego w stosunku do innych ludzi. Prezentowane przez niektóre osoby w momencie podejmowania studiów pielęgniarstkich nastawienia egocentryczne pozostały w większości przypadków bez zmian. Niewielkie zmiany łączyły się z umacnianiem postaw dystansu emocjonalnego, co w małym stopniu koresponduje z postulowanymi modelami zachowań pielęgniarki (Pajor, Kabat, Motyka, 1979).

Cytowane badania należałoby obecnie powtórzyć w celu uzyskania bardziej aktualnych informacji o wpływie studiów medycznych na postawy interpersonalne studentów, niemniej jednak wciąż utrzymująca się na tych studiach wyraźna dominacja modelu biomedycznego w porównaniu z modelem biopsychospołecznym każe sądzić, że wyniki ich okazałyby się podobne.

W stosunkowo aktualnych badaniach wykazano, że chociaż studentki pielęgniarstwa przypisują duże znaczenie wsparciu psychicznemu traktowanemu przez nie jako ważny element leczenia i pielęgnacji (Motyka, 1999), to jednak swe umiejętności w tym względzie oceniają gorzej w porównaniu z umiejętnościami dotyczącymi fizycznej strony pielęgnacji (Motyka, Noworyta, 1994; Sochocka, 1996).

Uogólniając liczne badania autora i współpracowników dotyczące psychologicznych aspektów przygotowania zawodowego pielęgniarek, można stwierdzić, że ich wyniki potwierdzają tezę o stosunkowo słabym przygotowaniu tej grupy zawodowej

do udzielania pomocy psychicznej chorym (por. Kowalczyk-Gajek, 2000; Motyka, 1984b; Motyka, Noworyta, 1994; Motyka, Kubaty, 1989; Motyka, 1995a; Motyka, Motyka, Wsołek, 1995; 1996; Motyka, Mudyń, 1997). Wprawdzie deklarowana samoocena pielęgniarek dotycząca umiejętności udzielania pomocy psychicznej chorym na ogół okazywała się stosunkowo wysoka, to jednak w większości przypadków była obronnie zawyżona i mało wiarygodna. Na przykład w jednym z badań przeprowadzonym w grupie 50 pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach internistycznych jednego z krakowskich szpitali stwierdzono, że chociaż 80% ankietowanych pielęgniarek oceniło wysoko swe psychologiczne umiejętności wywierania korzystnego wpływu na stan psychiczny chorego, to zaledwie w przypadku 30% podany opis tych umiejętności pozwalał żywić zaufanie do takiej oceny (Motyka, Motyka, Wsołek, 1996). W odpowiedzi na pytanie o trudności, na jakie napotykają w swych kontaktach z pacjentami, pielęgniarki zgodnie wskazywały na stosunkowo słabe przygotowanie do tzw. „poważniejszych rozmów” z pacjentami, a szczególnie na słabe przygotowanie do bezpośredniej konfrontacji z emocjami swych podopiecznych.

W badaniach R. Kowalczyk-Gajek (2000) przeprowadzonych w grupie 50 pielęgniarek psychiatrycznych aż 84% źle oceniło rolę szkoły w przygotowaniu do wykonywanej przez nie pracy, 40% nie potrafiło wymienić nazwy żadnego psychologicznego mechanizmu obronnego, a 50% nie potrafiło wyjaśnić, na czym polega tak podstawowa metoda terapeutycznej komunikacji z chorym, jak aktywne słuchanie. Co więcej, 80% badanych pielęgniarek psychiatrycznych nie potrafiło wymienić żadnego z podstawowych błędów postawy terapeutycznej, dokładnie opisanych przez A. Kępińskiego, 84% w ogóle nie знаło pojęcia przeniesienia, a tylko jedna pielęgniarka potrafiła wyjaśnić termin „przeciwprzeniesienie”. Biorąc pod uwagę, że są to elementarne wiadomości, niezwykle istotne w kontakcie z człowiekiem chorym, a szczególnie chorym psychicznie, liczby te zdają się mówić same za siebie.

Pragnąc zobiektywizować nieco ocenę posiadanych i wykorzystywanych przez pielęgniarki umiejętności wpływania na stan psychiczny pacjenta, przeprowadzono badania, w których analizowano główne rodzaje interwencji psychologicznych, jakimi w kontakcie z chorym posługują się one najczęściej (Motyka, 1995b; por. Motyka, Motyka, Wsołek, 1997). W tym celu posłużono się analizą werbalnych reakcji 100 pielęgniarek czynnych zawodowo na wyobrażoną, lecz stosunkowo często spotykaną w praktyce sytuację problemową, w której pacjent zadaje pielęgniarence pytanie o stan swego zdrowia, okazując przy tym niepokoje.

Zdecydowanie najczęstszą reakcją, która pojawiła się u 65% pielęgniarek, okazała się jakaś forma pocieszania i uspokajania pacjenta. Pocieszanie to odwoływało się zwykle do autorytetu własnego lub do autorytetu lekarza, jak np. w stwierdzeniu: „Proszę się uspokoić. Zgłosimy ten problem lekarzowi i zaraz będzie wszystko w porządku”. Często łączyło się z mało realistycznym poleceniem wyeliminowania doświadczanych uczuć, np.: „Proszę się nie martwić”; „Proszę się nie bać.”; „Proszę się nie niepokoić.” Wiele padających zapewnień miało charakter mało realistyczny, wyrażając bardziej życzeniowe myślenie pielęgniarki niż to, co mogła ona w sposób odpowiedzialny i racjonalny odpowiedzieć pacjentowi w konkretnej sytuacji. Reakcje takie, jak zbieranie informacji bądź udzielanie wyjaśnień, podobnie jak kierowanie pacjenta po odpowiedzi do lekarza, występowały ze zbliżoną częstością, dotycząc około 1/4 udzielonych odpowiedzi. Biorąc pod uwagę, że podane pielęgniarkom informacje na

temat stanu pacjenta były więcej niż skąpe, należało oczekiwać, że prób zdobycia dodatkowych informacji powinno być zdecydowanie więcej.

Bardzo rzadkie, bo nieprzekraczające 5% przypadków okazały się próby reagowania w sposób empatyczny w formie parafrazowania wypowiedzi pacjenta lub odzwierciedlenia jego uczuć, jak np.: „Widzę, że martwią Pana te dolegliwości”; lub „Niepokoi Pana to uczucie ucisku w gardle, które się czasem nasila?”. Biorąc pod uwagę, że reakcje tego typu dostarczają pacjentowi poczucia, że jest rozumiany i zachęcają do pełniejszego odsłonięcia przeżywanych problemów, umiejętność empatycznego reagowania należy uznać za szczególnie cenną formę terapeutycznej interwencji. Jak się jednak okazało, ta właśnie forma terapeutycznego działania była stosunkowo najrzadziej używana przez pielęgniarki, rażąco przegrywając z powierzchownymi próbami pocieszania i udzielania pocieszających wyjaśnień oraz próbami tłumienia wyrażanych przez pacjentów uczuć.

W badaniach o charakterze porównawczym, w których oceniano werbalne zachowanie pielęgniarek polskich i angielskich w tej samej, wyżej opisanej sytuacji kontaktu z pacjentem (Whyte, Motyka i in., 1997), obserwowano podobny deficyt reakcji empatycznych. Natomiast angielskie pielęgniarki zdecydowanie bardziej interesowały się zbieraniem informacji mogących ułatwić udzielenie im stosownej odpowiedzi (82%), dawały zdecydowanie więcej rad i sugestii (28%) oraz znacznie częściej kierowały pacjenta do lekarza (60%).

Kolejną wyraźną różnicą okazało się łączenie w wypowiedziach brytyjskich pielęgniarek różnych środków psychologicznego oddziaływania, np. zbieranie informacji, pocieszanie, dawanie wyjaśnień, rad i zaleceń oraz kierowanie pacjenta do lekarza. W przypadku pielęgniarek polskich, repertuar reakcji był zdecydowanie uboższy. Odpowiedzi na pytanie pacjenta najczęściej zawierały tylko jedną lub dwie formy oddziaływania. Zwykle było to pocieszanie lub pocieszanie i kierowanie do lekarza, lub też pocieszanie i udzielanie dodatkowych wyjaśnień.

Wyłączając z analizy kategorię „kierowanie pacjenta do lekarza” uporządkowano wypowiedzi pielęgniarek obu grup, zaliczając je bądź do interwencji o charakterze dyrektywnym – pocieszanie, udzielanie wyjaśnień, dawanie rad, bądź do niedyrektywnych i wspierających samodzielność – zbieranie informacji, okazywanie ciepła i okazywanie empatii. Proporcja dyrektywnych i niedyrektywnych reakcji w wypowiedziach polskich pielęgniarek wynosiła mniej więcej 2 : 1, podczas gdy w wypowiedziach pielęgniarek brytyjskich reakcje obu rodzajów pojawiały się równie często.

Omówione tu w skrócie wyniki wskazują, że chociaż pielęgniarki brytyjskie zdają się nieco lepiej przygotowane do kontaktu z chorym (dokładniejsze badanie sytuacji problemowej przed podjęciem interwencji, szerszy repertuar reakcji werbalnych, bardziej zrównoważona proporcja zachowań dyrektywnych i niedyrektywnych), to jednak również i im brakuje podejścia empatycznego, technicznie wyrażanego poprzez różne formy parafrazowania i klaryfikowania wypowiedzi pacjenta oraz odzwierciedlenia jego uczuć. Wydaje się więc, że właśnie na ten rodzaj umiejętności psychologicznych powinien być położony szczególny nacisk w programach edukacyjnych pielęgniarek, podobnie zresztą jak i w przypadku innych zawodów medycznych (lekarze, fizjoterapeuci).

Pielęgniarki szczególnie często podkreślają trudności, jakie mają w kontaktach z pacjentami o złym rokowaniu, a zwłaszcza z pacjentami mającymi rozpoznane choroby nowotworowej oraz z pacjentami zachowującymi się w sposób agresywny.

W badaniach nastawionych na identyfikację sytuacji trudnych, występujących w pracy pielęgniarstwie, w których wykorzystano metodę ustrukturuwanego wywiadu oraz metodę projekcyjną nawiązującą do Testu Apercepcji Tematycznej H. Murraya (Motyka, 2000; Riemen, 2001), uzyskano potwierdzenie powszechnego występowania tego rodzaju trudności, którym towarzyszyły typowe reakcje emocjonalne, takie jak: lęk, gniew, przygnębienie, bezradność i poczucie winy.

Wrażliwość emocjonalna i elementarne kompetencje psychologiczne wydają się szczególnie ważne w przypadku pielęgniarek pediatrycznych. Jednak i w ich postępowaniu często natrafić można na błędy. W badaniu przeprowadzonym z wykorzystaniem metody obserwacji prowadzonej podczas wykonywania zabiegów diagnostyczno-leczniczych u dzieci w wieku przedszkolnym, zaobserwowano częste, bo prawie w połowie obserwowanych zabiegów, pojawianie się błędów polegających na instrumentalnym podejściu do dziecka. Wyrażało się to w wykonywaniu czynności zabiegowych bez prób nawiązania kontaktu i współpracy z dzieckiem oraz traktowaniu go w sposób bezosobowy (Motyka, Kubaty, 1989).

Pragnąc ocenić szersze uwarunkowania podejmowania przez pielęgniarki działań o terapeutycznym charakterze, przeprowadzono badania, w których uwzględniono cztery grupy czynników mogących wywierać istotny wpływ na angażowanie się pielęgniarek w pomoc o charakterze psychologicznym. Czynniki te obejmowały motywację do zaspokajania potrzeb psychicznych pacjentów, przygotowanie do tego typu działań, wymagania stawiane pielęgniarkom przez przełożonych oraz warunki pracy (Motyka, Mudyń, 1997). Szczegółowa analiza danych uzyskanych w trakcie wywiadów przeprowadzonych z badanymi pielęgniarkami pozwoliła stwierdzić, że wszystkie cztery grupy czynników warunkujących poziom i jakość opieki psychicznej sprawowanej przez pielęgniarki przedstawiały się dość niekorzystnie dla tego aspektu pracy pielęgniarstwie. Chociaż pielęgniarki dostrzegały potrzebę oddziaływania na psychikę chorych i uwzględniania podczas pielęgnacji pacjentów występujących u nich problemów emocjonalnych, to jednak motywacja do działań w tym kierunku często miała charakter deklaracyjny. Ich przygotowanie do pełnienia funkcji psychoterapeutycznej na ogół oceniane było jako niewystarczające, miało charakter przypadkowy i zwykle nie łączyło się z żadnym systematycznym szkoleniem o charakterze podyplomowym. Wymagania przełożonych akcentowały przede wszystkim sumienność i rzetelność w wykonywaniu zleceń lekarskich, a obciążenie pracą obejmującą przede wszystkim czynności instrumentalne znacznie ograniczało chęć angażowania się w udzielanie chorym pomocy psychicznej.

Przedstawione powyżej wyniki badań własnych nad realizacją funkcji psychoterapeutycznej przez pielęgniarki, podobnie zresztą jak wyniki innych badań dotyczących lekarzy (por. Gordon, Edwards, 1999; Korsch, Harding, 1999; Mayerscough, Ford, 2001), jednoznacznie wskazują na potrzebę włączania i rozwijania w programach studiów medycznych (lekarskich, pielęgniarstwie oraz fizjoterapeutycznych) kursów komunikacji terapeutycznej. Kursy takie w sposób znaczący mogą przyczynić się do poprawy poziomu przygotowania absolwentów studiów medycznych w zakresie terapeutycznej konfrontacji z emocjonalnymi problemami towarzyszącymi ludziom w chorobie, a tym samym do poprawy jakości opieki medycznej.

5.2. Model szkolenia w komunikacji terapeutycznej

Poniżej chciałbym przedstawić autorską propozycję kursu, który powstał na podstawie własnych, długoletnich doświadczeń związanych z prowadzeniem zajęć z zakresu podstaw psychoterapii* na studiach pielęgnarskich w CM UJ (por. Motyka, Golańska, Pajor, 1978; Motyka, 1988; 1991; Motyka, Wilczek-Rużyczka, Kubaty, 1994; Motyka, Kubaty, 1995) oraz z prowadzeniem różnego typu szkoleń podyplomowych z zakresu kontaktu terapeutycznego. Kurs ten ilustruje praktyczne wykorzystanie rozważań przedstawionych w poprzednich rozdziałach (koncepcja komunikacji terapeutycznej) w formie konkretnych zadań dydaktycznych. Przedstawiony program szkolenia dla pielęgniarek, po odpowiednich modyfikacjach może znaleźć zastosowanie w kształceniu przed- i podyplomowym nie tylko pielęgniarek, ale i lekarzy, fizjoterapeutów oraz pracowników socjalnych. Program kursu może być doskonalony i modyfikowany, a jego elementy mogą być skracane lub rozwijane stosownie do celów i potrzeb odbiorców. Najważniejsza jest przy tym główna idea programu polegająca na odwołaniu się do koncepcji komunikacji terapeutycznej, a tym samym na wyjściu poza samą psychologię czy też wąsko rozumianą problematykę komunikowania się, przy jednoczesnym uniknięciu pułapki skoncentrowania się na problematyce psychoterapii w jej klasycznym, wysoce specjalistycznym ujęciu, niemającym szerszego zastosowania w opiece ogólnomedycznej**.

Założenia programu

Ogólne cele programu:

1. Pogłębienie wrażliwości na psychologiczny aspekt profesjonalnych kontaktów terapeuta – pacjent.
2. Przygotowanie uczestników do udzielania pomocy psychicznej stanowiącej integralny element opieki ogólnomedycznej.

Cele szczegółowe:

1. Zapoznanie uczestników z koncepcją komunikacji terapeutycznej jako integralnego elementu ich działalności zawodowej (dostarczenie konceptualnego modelu wpływającego działania o charakterze psychologicznym do wymagań zawodowych oraz pozwalającego na świadomą refleksję w tym zakresie).

*W programie studiów pielęgnarskich CM UJ w Krakowie od początku ich powstania istniał kurs: „Psychoterapia”, wprowadzony tam przez prof. Marię Susułowską, która uczestniczyła w pierwszej fazie budowania programu dla tego kierunku i która znakomicie rozumiała istotę zadań, jakie stoją przed przedstawicielami zawodów medycznych. Kursu takiego, niestety, nie ma do dziś w tzw. ministerialnych minimach programowych, co uzależnia kwestię jego istnienia na studiach medycznych od tradycji i decyzji Wydziałowych Komisji Programowych.

**Używając pojęcia „opieka ogólnomedyczna”, mam na myśli relacje pomiędzy pacjentem a przedstawicielami różnych zawodów sprawujących bezpośrednią opiekę nad chorym, tj. zarówno lekarzami, jak i pielęgniarkami, fizjoterapeutami czy pracownikami socjalnymi.

2. Zapoznanie z pojęciem relacji terapeutycznej jako zasadniczym warunkiem skuteczności podejmowanych interwencji oraz z jej psychologicznymi aspektami (akceptacja, empatia, autentyczność, asertywność).

3. Rozwijanie elementarnych umiejętności interpersonalnych przydatnych w budowaniu relacji terapeutycznej (aktywne słuchanie, asertywność) oraz doskonalenie umiejętności budowania kontaktu terapeutycznego.

4. Zapoznanie z podstawowymi rodzajami interwencji terapeutycznych przydatnych w opiece ogólnomedycznej (zbieranie informacji, udzielanie wyjaśnień, udzielanie rad i zaleceń, pocieszanie, okazywanie ciepła, okazywanie empatii).

5. Rozwijanie umiejętności korzystania z podstawowych interwencji terapeutycznych stosownie do sytuacji i potrzeb pacjenta związanych z chorobą i leczeniem.

Treści kształcenia:

1. Psychoterapia specjalistyczna a komunikacja terapeutyczna – zastosowanie w praktyce zawodowej (pielęgniarki, lekarza, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego) (pojęcie i cele komunikacji terapeutycznej; zastosowanie w praktyce kontaktu z pacjentem i jego rodziną).

2. Kontakt z pacjentem jako dialog – cechy dobrego kontaktu, terapeutyczne znaczenie dobrego kontaktu.

3. Podstawowe przeszkody w komunikowaniu się z pacjentem – bariery komunikacyjne.

4. Kontakt z pacjentem w świetle Analizy Transakcyjnej E. Berna (konceptcja Rodzic – Dorosły – Dziecko; kontakt jako forma wymiany; gry jako manipulacje zmierzające do realizacji ukrytych celów emocjonalnych).

5. Formy komunikacji niewerbalnej i ich rola w kontakcie z pacjentem.

6. Asertywność terapeuty (znaczenie asertywności w kontakcie z pacjentem; techniki zachowań asertywnych).

7. Relacja psychoterapeutyczna (istota – dobry kontakt, granice określone celem; postawa terapeuty i jej cechy – akceptacja, empatia, autentyczność, asertywność; błędy postawy terapeutycznej wg A. Kępińskiego; zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia; metoda aktywnego słuchania jako narzędzie budowania relacji terapeutycznej).

8. Elementarne czynniki terapeutyczne.

9. Elementarne interwencje terapeutyczne (zbieranie informacji – rola diagnostyczna i terapeutyczna; pocieszanie – rola terapeutyczna i jej ograniczenia; udzielanie wyjaśnień – problem przekazywania złych wiadomości; rady i zalecenia – zasady skutecznej perswazji; okazywanie ciepła jako forma wsparcia; okazywanie empatii – wsparcie i zachęta do odreagowania negatywnych uczuć).

10. Błędy jatrogenne – podstawowe zasady zapobiegania jatrogenii.

Czas i forma zajęć:

1. Wykład (5 – 15 godz.).

2. Ćwiczenia (10 – 30 godz.).

3. Grupa Balinta jako uzupełnienie kursu podstawowego – w ramach szkoleń podyplomowych (10 – 30 godz.).

Wymienione wyżej treści tematyczne, podobnie jak czas zajęć, mogą ulegać modyfikacjom w ramach zarysowanego modelu, stosownie do grupy odbiorców (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, pracownicy socjalni) – ich zapotrzebowania, zainteresowań, warunków i możliwości. W celu wprowadzenia stosownych korekt do programu, zwiększających jego skuteczność, przed rozpoczęciem zajęć nader przydatne może się

okazać przeprowadzenie wstępnego rozpoznania i analizy potrzeb szkoleniowych (por. Rae, 1999).

Wprowadzone modyfikacje mogą dotyczyć zarówno czasu, jak i metod oraz szczegółowych treści szkolenia. W przypadku konieczności prowadzenia kursu w warunkach znacznych ograniczeń czasowych (dolne liczby godzin wymienionych obok danej formy zajęć) można zrealizować program minimum obejmujący wyłącznie najważniejsze elementy bloku dotyczącego komunikacji terapeutycznej, tj. tematy: 1, 6, 7, 8 i 9. Dysponując obszerniejszym czasem (średnia liczba proponowanych godzin), można zrealizować podstawową wersję pełnego programu obejmującą ponadto blok wprowadzający w podstawy efektywnej komunikacji z pacjentem (tematy 2, 3, 4, 5, 6) oraz blok dotyczący problemu jatrogenii (temat 10), a w przypadku większej liczby godzin przewidzianych na szkolenie (górne liczby godzin wymienione obok formy zajęć) treści programu można znacznie pogłębić i rozwinąć, przeznaczając więcej czasu na ćwiczenie i utrwalanie umiejętności praktycznych.

Dla efektywnej realizacji proponowanego programu szkoleniowego korzystnym rozwiązaniem jest elastyczne łączenie teorii (wykłady) z praktyką (ćwiczenia lub warsztaty) oraz nauczania o charakterze podającym (wykłady i lektura) z uczeniem problemowym, opartym na doświadczaniu (elementy treningu wrażliwości i treningu umiejętności).

W przypadku realizacji omawianego programu w ramach szkoleń podyplomowych najlepszym rozwiązaniem jest uzupełnienie go o dodatkowy blok zajęć o charakterze Grupy Balinta. Zajęcia te odbywane cyklicznie co pewien czas, stwarzają możliwość dokładnego omówienia i szczegółowego przedyskutowania konkretnych problemów i trudności pojawiających się w rzeczywistych, zawodowych kontaktach uczestników z ich pacjentami. Stanowią swoistą formę grupowej superwizji, dostarczając zarazem głębszej i zabarwionej emocjami refleksji nad charakterem własnych, indywidualnych relacji z pacjentami (Balint, Balint, 1961; Balint, 1968; Jugowar, Skommer, 1996; Jugowar, Adamski, 1997; Leder i wsp., 1997; Skommer, 1998).

Głębokość pracy na ćwiczeniach (stopień otwarcia i korzystania z osobistych doświadczeń uczestników) oraz efektywność nabywania i doskonalenia umiejętności praktycznych w dużym stopniu uzależniona jest od liczebności grupy ćwiczeniowej i kwalifikacji prowadzącego. Optymalna wielkość grupy na ćwiczeniach nie powinna być mniejsza od 8 osób, ale też nie powinna przekraczać liczby 14.

Poniżej zamieszczam przykładowy, szczegółowy program 20-godzinnych ćwiczeń opracowanych z myślą o studentach kierunku pielęgniarstwa, opartych na przedstawionym modelu.

Program ćwiczeń „Komunikacja Terapeutyczna w Kontakcie Pielęgniarka – Pacjent”

Szczegółowe cele ćwiczeń:

1. *Uwrażliwienie uczestników na psychologiczne aspekty kontaktów z pacjentami i pogłębienie rozumienia zachowań pojawiających się w tych kontaktach.*

2. *Uwrażliwienie na rolę elementarnych czynników terapeutycznych pomagających w przezwyciężeniu emocjonalnych skutków choroby.*

3. *Rozwijanie elementarnych umiejętności interpersonalnych przydatnych w budowaniu relacji terapeutycznej (aktywne słuchanie, asertywność) oraz doskonalenie umiejętności budowania kontaktu terapeutycznego.*

4. *Rozwijanie umiejętności stosowania elementarnych interwencji terapeutycznych stosownie do sytuacji i potrzeb pacjenta związanych z chorobą i leczeniem.*

Organizacja ćwiczeń:

20 godz. zajęć realizowanych w trakcie 5 spotkań (5 x 4 godz. lekcyjne)*

Wielkość grupy i prowadzenie zajęć:

Jak już wspomniano, ćwiczenia realizowane w proponowanej formie powinny być prowadzone w grupach liczących nie mniej niż 8 osób i nie więcej niż 14 osób. Uczenie się wykorzystując własne osobiste doświadczenie, w przypadku pracy w większych grupach staje się mało efektywne. W przypadku grup liczących 15 i więcej osób konieczna jest rezygnacja z pracy na głębszym poziomie osobistej otwartości, co znacznie obniża poziom uzyskiwanej i kontrolowanej autorefleksji.

Musi wówczas nastąpić wyraźne przesunięcie akcentu na prosty trening umiejętności, przy czym trzeba pamiętać, że możliwości indywidualnego trenowania złożonych umiejętności interpersonalnych, do których należą interwencje terapeutyczne, wraz ze wzrostem liczby uczestników również ulegają zmniejszeniu. W skrajnych przypadkach (duże grupy, krótki czas zajęć, niska motywacja uczestników) warunki procesu uczenia mogą wymusić intelektualny model szkolenia, sprowadzający się do krótkiego wprowadzenia, następującej po nim demonstracji oraz omówienia i grupowej dyskusji. Model taki w małym stopniu angażuje emocjonalnie wszystkich uczestników i nie pozwala na doskonalenie ich rzeczywistych umiejętności interpersonalnych. Nie może być zatem zalecany jako prawidłowa forma kształcenia w tym przypadku.

Bardzo ważną kwestią jest wyraźnie ustrukturyowany i ukierunkowany zadaniowo przez prowadzącego, przebieg zajęć. Prowadzący zajęcia powinien być jednak w swych propozycjach elastyczny i uwzględniać aktywność, postawy i uczucia uczestników oraz dynamikę grupy. Zadaniowe ukierunkowanie ćwiczeń obejmuje przede wszystkim dwa elementy: pracę nad zrozumieniem problemów pojawiających się w omawianych sytuacjach kontaktu z pacjentem oraz pracę nad doskonaleniem własnych reakcji na zachowanie pacjenta, pozwalających nawiązać kontakt z pacjentem i uzyskać efekt terapeutyczny (symulowane sceny kontaktu).

Publiczna ekspozycja i ćwiczenie umiejętności na forum grupy budzi zwykle u uczestników pewien opór i stymuluje wiele obronnych zachowań wynikających choćby ze składu grupy, występujących w niej tendencji rywalizacyjnych, czy z lęku przed oceną. W niektórych przypadkach zjawiska te mogą znacznie utrudniać prowadzenie zajęć oraz uzyskanie oczekiwanych korzyści. Dlatego też opisywana forma szkolenia stawia wysokie wymagania przed osobami prowadzącymi tego typu zajęcia. Osoby takie powinny nie tylko posiadać stosowną wiedzę i doświadczenie psychologiczne (psychoterapeutyczne), ale także doświadczenie związane z prowadzeniem grup, a co więcej doświadczenie płynące ze znajomości realiów i specyfiki sytuacji chorego w szpitalu poza psychiatrią.

* Można wykorzystać również inny rozkład czasowy zajęć, jednak ćwiczenia trwające krócej niż 3 godziny lekcyjne jednorazowo nie pozwalają operować swobodnie metodą uczenia się wykorzystującą osobiste doświadczenie uczestników.

Tematyka i przebieg ćwiczeń:

Spotkanie I – „Otwarcie” uczestników na osobisty (emocjonalny) aspekt kontaktów interpersonalnych – zapoznanie z rolą informacji zwrotnej i znaczeniem formy, w jakiej jest podawana, uwrażliwienie na poziomy kontaktu i treść komunikatów przekazywanych na poszczególnych poziomach (model kontaktu w ujęciu Analizy Transakcyjnej: Dziecko – Dorosły – Rodzic).

- Krótkie przedstawienie się i werbalizacja celów – dzielenie się oczekiwaniami.
- Kontakt jako dialog – omówienie funkcji i zasad efektywnego udzielania informacji zwrotnych (rola informacji zwrotnej w budowaniu dobrego kontaktu oraz podstawowe zasady udzielania informacji zwrotnej, takie jak: bezpośredniość – zasada „tu i teraz”; komunikaty typu „Ja”; konkretność; kierowanie wypowiedzi wprost do rozmówcy; nieocenianie – zamiast ocen informowanie o doświadczanych emocjach; podawanie jedynie tych informacji, które dotyczą tego, na co rozmówca ma wpływ i które może konstruktywnie wykorzystać).

- Uwrażliwienie na emocje doświadczane w kontaktach z innymi – ćwiczenie w dostrzeganiu własnych emocji pojawiających się w trakcie różnych form kontaktu z innymi oraz badanie własnych stereotypów emocjonalnego reagowania w kontaktach interpersonalnych. W tej części zajęć zastosowanie znajduje szeroki repertuar technik niewerbalnych, pozwalających na osobistą, symboliczną konfrontację z takimi ważnymi, emocjonalnymi aspektami kontaktów interpersonalnych, jak: przestrzeń osobista, dystans – bliskość, kontrola – brak kontroli, odrzucenie – akceptacja, ryzyko związane z zaufaniem, opiekowanie się – przyjmowanie pomocy. Po wstępnej rozgrzewce można tu np. zaproponować zadania w rodzaju zbliżania się kręgu, jaki tworzy grupa, do uczestników stojących po kolei w środku z zamkniętymi oczyma, toczenie się, wstawianie się do kręgu, prowadzenie niewidomego itp.

- Dzielenie się wrażeniami z mających miejsce doświadczeń, a zarazem ćwiczenie udzielania informacji zwrotnych wg wcześniej omówionych zasad.

- Uwrażliwienie na psychologiczne aspekty sytuacji chorego (poczucie posiadania kontroli lub jej braku, odrzucenia lub akceptacji, zaufania lub braku zaufania, wrażliwości towarzyszącej opiece nad chorym lub braku wrażliwości na jego potrzeby) – dyskusja na temat konkretnych sytuacji – wcześniej przygotowanych lub zaczerpniętych z osobistych doświadczeń uczestników, ilustrujących znaczenie, jakie ma dla pacjenta zachowanie personelu medycznego.

- Pogłębienie rozumienia psychologicznych zjawisk występujących w psychologicznej płaszczyźnie kontaktu – krótkie omówienie poziomów komunikowania się w ujęciu Analizy Transakcyjnej – płaszczyzny: Dziecko – Dorosły – Rodzic, trening rozumienia/interpretacji przygotowanych dialogów oraz symulowanych sytuacji kontaktu pielęgniarka – pacjent, w kategoriach wymienionych płaszczyzn.

- Omówienie i dyskusja.

- Runda podsumowująca – zbieranie od uczestników informacji zwrotnych o emocjach pozostałych po zajęciach i korzyściach odniesionych z zajęć.

Pierwsza część spotkania, poprzez wykorzystanie zadań ruchowych (techniki niewerbalne) i zachęcanie do dzielenia się osobistym doświadczeniem z ich przeżywania, ma za zadanie „rozgrzać” emocjonalnie uczestników oraz dostarczyć poczucia psychologicznego bezpieczeństwa pozwalającego na bardziej osobiste uczestnictwo w zajęciach. Ma również skierować uwagę uczestników na doświadczane emocje i ich

rolę w kontaktach z innymi. Druga część spotkania ma dostarczyć modelu pojęciowego poszerzającego dostrzeganie i rozumienie zjawisk pojawiających się w kontakcie interpersonalnym (model Dziecko – Dorosły – Rodzic) ze szczególnym podkreśleniem płaszczyzny emocjonalnej kontaktu (wewnętrzne Dziecko) oraz płaszczyzny racjonalnej kontroli (wewnętrzny Dorosły). Celem rundy podsumowującej jest zwrócenie uczestnikom uwagi na konkretne efekty ich aktywnego udziału w zajęciach i utrwalenie tych efektów.

Spotkanie II – Pogłębienie rozumienia zachowań pojawiających się w sytuacjach interpersonalnych i rozpoznawanie ukrytych motywacji (manipulowanie kontaktem), przyswojenie zasad asertywnego zachowania się w kontakcie z pacjentem.

- Omówienie pojęcia Gry i trójkąta dramatycznego w ujęciu Analizy Transakcyjnej (Berne, 1987; 1998; Harris, 1987) oraz charakterystyka typowych Gier – manipulacji, jakie mogą pojawiać się w relacjach pomagający – wspomagany (np. „Tak, Ale”; „To Wszystko przez Ciebie”; „Drewniana Noga”).

- Analiza przebiegu kontaktu w symulowanych scenach próby udzielenia pomocy psychicznej osobie zwracającej się z prośbą o pomoc, która tę próbę usiłuje manipulacyjnie wykorzystać dla swoich ukrytych celów, działając wg scenariusza jednej z typowych Gier (np. Gra w „Tak, Ale”). Poszukiwanie antytezy (racjonalnego rozwiązania adekwatnego do danej sytuacji).

- Omówienie charakteru i znaczenia zachowań asertywnych w kontakcie pielęgniarka – pacjent, szczególnie w odpowiedzi na manipulacyjne lub agresywne zachowanie pacjenta, trening zachowań asertywnych w symulowanych sytuacjach zadaniowych.

- Omówienie i dyskusja.

- Runda podsumowująca korzyści odniesione z zajęć.

Pierwsza część zajęć poświęcona jest uwrażliwieniu na ukryte motywacje, jakie mogą pojawiać się w relacji pomagania oraz wzmocnieniu racjonalnej postawy uczestników w konfrontacji z zachowaniami o charakterze manipulacyjnym. Druga część zajęć ma za zadanie pogłębić rozumienie istoty zachowań asertywnych (rozwinięcie tematu konstruktywnej i nieinwazyjnej konfrontacji z pacjentem zachowującym się w sposób manipulacyjny lub agresywny) oraz dostarczyć okazji do treningu wybranych, ze względu na sygnalizowane potrzeby uczestników, umiejętności asertywnego zachowania się.

III spotkanie – Nawiązywanie kontaktu terapeutycznego – trening umiejętności aktywnego słuchania i doskonalenie empatycznego podejścia do pacjenta.

- Krótkie omówienie istotnych cech kontaktu terapeutycznego oraz metody aktywnego słuchania jako zestawu technik ułatwiających budowanie relacji terapeutycznej (potwierdzanie odbioru informacji, uściślanie wypowiedzi, parafrazowanie, odzwierciedlanie uczuć).

- Uwrażliwienie na jakość kontaktu, w którym pielęgniarka korzysta z empatycznego podejścia i technik aktywnego słuchania – zadania dla uczestników uwypuklające różnice pomiędzy podejściem empatycznym i brakiem empatii (np. symulowany wywiad z pacjentką przeprowadzony w dwóch wersjach. W jednej „pielęgniarka” zadaje kolejne pytania, trzymając się sztywno gotowego schematu i zupełnie

nie reaguje na sygnalizowane przez „pacjentkę” problemy, w drugiej dostosowuje pytania do sytuacji i interesuje się sygnalizowanymi problemami, włączając do rozmowy techniki aktywnego słuchania).

– Trening aktywnego słuchania – ćwiczenie aktywnego słuchania w symulowanych sytuacjach kontaktu z pacjentem (np. rozmowa z pacjentem mającym wątpliwości co do prowadzonego leczenia, pacjentem sygnalizującym obawy dotyczące stanu swego zdrowia, pacjentem z pretensjami itp. Najpierw modelowa rozmowa z bogatym wykorzystaniem technik aktywnego słuchania, następnie praca w podgrupach).

– Omówienie przebiegu odgrywanych scenek z naciskiem na jakość nawiązanego kontaktu, uczucia pacjenta oraz ich związek ze stosowaniem form aktywnego słuchania.

– Runda podsumowująca korzyści wyniesione z zajęć.

Zajęcia w całości poświęcone są roli empatycznego podejścia w kontakcie z pacjentem i rozwijaniu umiejętności aktywnego słuchania jako podstawowego narzędzia budowania terapeutycznego kontaktu.

IV spotkanie – Trening w rozpoznawaniu psychologicznych problemów pacjenta oraz trening interwencji psychologicznych w symulowanych sytuacjach kontaktu pielęgniarka – pacjent.

– Wprowadzenie do pracy zadaniowej dotyczącej udzielania pomocy psychicznej w relacji pielęgniarka – pacjent, poprzez przedstawienie konkretnych przykładów, zarówno przygotowanych przez prowadzącego, jak i zaczerpniętych z osobistych doświadczeń uczestników, w których pacjent otrzymał psychiczną pomoc od pielęgniarki. Mogą to być przykłady zaczerpnięte także z doświadczeń prowadzącego, literatury lub innych źródeł. Identyfikacja problemów oraz czynników terapeutycznych mogących mieć znaczenie w danej sytuacji.

– Ćwiczenie elementarnych interwencji terapeutycznych w symulowanych sytuacjach kontaktu pielęgniarka – pacjent (np. pacjent na izbie przyjęć – wywiad i nawiązanie kontaktu; przyjęcie pacjenta na oddział; podczas rozdawania leków pacjentki zgłaszają liczne skargi – decyzja: która z pacjentek najbardziej potrzebuje psychicznej pomocy, a następnie indywidualna rozmowa z tą pacjentką; pacjentka z prośbą o środek nasenny, sygnalizująca obawy przed czekającym ją zabiegiem operacyjnym; pacjent po świeżo przeżytym zabiegu kardiologicznym nie chce podjąć zajęć rehabilitacyjnych; pacjent z nadciśnieniem tętniczym przestaje przyjmować leki obniżające ciśnienie; położnica odmawiająca karmienia dziecka itp.).

– Dzielenie się wrażeniami. W omówieniu nacisk na akcentowanie tego, co pozytywne w postawie, zachowaniu i interwencjach „pielęgniarki”.

– Runda podsumowująca korzyści wyniesione z zajęć.

Spotkanie to poświęcone jest doskonaleniu umiejętności rozpoznawania problemów, z jakimi pielęgniarka może spotkać się u swych pacjentów, identyfikacji ważnych czynników terapeutycznych oraz doskonaleniu umiejętności terapeutycznego oddziaływania w kontakcie z pacjentem.

V spotkanie – Trening rozpoznawania złożonych, psychologicznych problemów, pacjenta oraz trening interwencji psychologicznych w symulowanych sytuacjach trudnego kontaktu pielęgniarka – pacjent.

– Wprowadzenie do pracy zadaniowej dotyczącej udzielania pomocy psychicznej w trudnych sytuacjach problemowych, poprzez przedstawienie uczestnikom przygoto-

wanych przykładów, dotyczących szczególnie trudnych sytuacji problemowych związanych z relacją pielęgniarka – pacjent, wraz z przykładami skutecznych, psychologicznych interwencji pielęgniarki. W omówieniu i dyskusji nacisk położony na identyfikację newralgicznych momentów przedstawionych opisowo interakcji oraz czynników decydujących o efekcie terapeutycznym.

– Ćwiczenie elementarnych interwencji terapeutycznych w symulowanych sytuacjach trudnego kontaktu pielęgniarka – pacjent (np. matka odmawiająca zgody na pozostawienie małego dziecka w szpitalu pomimo wyraźnych wskazań lekarskich; pacjentka z cukrzycą odmawia zgody na konieczny z powodu zgorzeli zabieg amputacji stopy; pacjent z chorobą nowotworową podejrzewając u siebie nieuleczalną chorobę, usiłuje uzyskać od pielęgniarki dodatkowe informacje; pacjentka w reakcji depresyjnej – izolująca się i nienawizująca kontaktu; pielęgniarka zmuszona jest odpowiadać na pytania bliskiej krewnej pacjentki, która przyszła ją odwiedzić i dowiedziała się, że pacjentka właśnie zmarła; pielęgniarka spotyka się z pretensjami pacjenta na złe warunki i złą opiekę w szpitalu itp.).

– Dzielenie się wrażeniami. W omówieniu i dyskusji nacisk położony na naturę zaistniałego problemu i zachowania sprzyjające jego rozwiązaniu lub złagodzeniu.

– Runda podsumowująca korzyści odniesione przez uczestników, podsumowanie całości zajęć przez prowadzącego.

Spotkanie to, podobnie jak poprzednie, w całości poświęcone jest doskonaleniu umiejętności rozpoznawania problemów emocjonalnych, z jakimi pielęgniarka może mieć do czynienia u pacjentów i doskonaleniu umiejętności terapeutycznego reagowania w sytuacjach problemowych. Podział sytuacji problemowych na łatwiejsze i trudniejsze ma w dużym stopniu charakter umowny i zależy od wcześniej przyswojonych postaw i umiejętności uczestników. Zasadniczym zadaniem obu ostatnich spotkań jest dostarczenie uczestnikom zajęć możliwie różnorodnych sytuacji nawiązujących do terapeutycznej relacji pielęgniarka – pacjent, pozwalających im na pogłębienie rozumienia natury tej relacji oraz trening umiejętności terapeutycznego komunikowania się z pacjentem, z naciskiem na terapeutyczne wykorzystanie technik aktywnego słuchania oraz asertywną konfrontację z problemowymi zachowaniami pacjentów.

Jak widać z przedstawionego powyżej programu, zajęcia są wyraźnie ustruktrowane, przy czym zadania stanowiące rozwinięcie kolejnych punktów programu mogą być dowolnie kreowane i modyfikowane, zależnie od pomysłowości prowadzącego oraz doświadczeń i aktywności grupy.

Pierwsze trzy bloki ćwiczeniowe ukierunkowane są na zaprezentowanie określonych, psychologicznych narzędzi służących lepszemu rozumieniu zjawisk pojawiających się w kontakcie i kierowaniu tym kontaktem (informacje zwrotne, analiza transakcyjna, metoda aktywnego słuchania, asertywność). Kolejne dwa bloki ćwiczeniowe dostarczają różnorodnych sytuacji o charakterze zawodowym, pozwalających uczestnikom na ćwiczenie umiejętności nawiązywania terapeutycznego kontaktu. Dzieje się to w symulowanych sytuacjach zadaniowych, których zaletą jest możliwość zaplanowania problemu oraz uzyskiwanie informacji zwrotnych, jakich nie dostarczają kontakty mające miejsce w sytuacjach naturalnych. W dodatku prowadzący ma pełną możliwość kontroli podejmowanych przez studentów interwencji i może w każdym momencie interweniować, przekazując swoje sugestie i komentarze. Podczas odgrywania symulowanych sytuacji uczestnicy mają niejednokrotnie okazję doświadczyć autentyczności

przeżywanych przez siebie emocji oraz przekonać się, jak często pod maską jawnie manifestowanych przez pacjenta zachowań ukrywa się inny problem, wymagający poważnego potraktowania i odpowiedniej pomocy. Doskonalenie osobistej wrażliwości na kontakt z pacjentem i poważne, choć często niedostrzegane problemy emocjonalne ludzi chorych, stanowią jeden z najważniejszych aspektów przedstawionego programu ćwiczeń.

Program ten oczywiście jest jedynie jedną z wielu możliwych propozycji edukacyjnych, jakie można zbudować, opierając się na modelu komunikacji terapeutycznej. W sposób wręcz idealny znajduje swoje uzupełnienie i kontynuację w szkoleniu prowadzonym metodą Grupy Balinta, gdzie omawianie modelowych przykładów i symulowanych sytuacji zastąpione zostaje omawianiem doświadczeń i problemów, mających miejsce w bieżącej praktyce zawodowej uczestników.

Kończąc ten rozdział chciałbym podkreślić, że chociaż model komunikacji terapeutycznej może znaleźć znacznie szersze wykorzystanie niż praktyka edukacyjna (np. koncepcje i programy badawcze ukierunkowane na poszukiwanie psychologicznych zasobów odpornościowych i zdrowotnych, psychologicznych sposobów ich umacniania oraz relacji pomiędzy tymi zasobami a różnymi zmiennymi psychofizycznymi), to jednak płaszczyzna edukacyjna powinna stanowić podstawowy obszar jego zastosowania, jako baza dla podnoszenia skuteczności działań zawodowych.

ZAKOŃCZENIE

Prezentowana w niniejszej pracy koncepcja komunikacji terapeutycznej odnosi się do relacji pomagania związanej z udzielaniem pomocy medycznej, albo ujmując to nieco inaczej, relacji pomagania związanej z systemem opieki zdrowotnej. Wyraźne zaakcentowanie tej właśnie specyfiki umieszcza działania o psychologicznym charakterze w praktycznym kontekście leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji medycznej.

Przedstawiony model nadaje działaniom psychologicznym status działań pomocniczych, nie aspirując do miana samodzielnej metody leczenia, jak ma to miejsce w przypadku psychoterapii specjalistycznej. W przypadku tej ostatniej jest dość oczywiste, że jej stosowanie byłoby nieadekwatne w większości sytuacji rozgrywających się na co dzień pomiędzy lekarzem/pielęgniarką/rehabilitantem a pacjentem.

Określenie omawianej tu pomocy mianem komunikacji terapeutycznej nie jest niczym nowym, jeśli brać pod uwagę liczne wypowiedzi wybitnych przedstawicieli nauk medycznych, na jakie można natrafić w literaturze, nie wspominając o wypowiedziach samych pacjentów. Wiele z nich podkreśla psychoterapeutyczny aspekt działań lekarskich, podobnie jak działań pielęgniarskich i rehabilitacyjnych. Jednak nigdzie dotąd aspekt ten nie znalazł tak szerokiego rozwinięcia, przy jednoczesnym, wyraźnym zarysowaniu granic dzielących go od psychoterapii specjalistycznej.

Dyskutowany model dostarcza stosunkowo prostej koncepcji teoretycznej zawierającej zaledwie kilka elementów (cele procesu terapeutycznego; zewnętrzne, psychologiczne warunki tego procesu, czyli kontakt terapeutyczny; jego wewnętrzne warunki, tj. elementarne czynniki terapeutyczne – zasoby; oraz ich stymulatory, czyli interwencje terapeutyczne). Pozwala on na świadomą refleksję nad psychoterapeutycznym aspektem działań podejmowanych na co dzień wobec pacjenta w ramach leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji.

Dostarcza on ponadto dobrej podstawy merytorycznej dla organizowania szkoleń z zakresu psychologicznej opieki nad chorym, mających na celu doskonalenie jakości tej opieki w sposób dostosowany do potrzeb personelu medycznego.

Dokonany w ramach prezentowanego modelu komunikacji terapeutycznej obszerny przegląd i analiza tzw. wspólnych czynników psychoterapii oraz psychicznych zasobów indywidualnych doprowadziły do zidentyfikowania czternastu elementarnych czynników psychoterapeutycznych, których stymulacja powinna należeć do ważnych zadań personelu medycznego opiekującego się chorym.

Czynniki te zostały uporządkowane w ramach trzech ogólnych kategorii, takich jak: uogólnione poczucie siły, pozytywna mobilizacja emocjonalna oraz autoekspresja.

Wiedza dotycząca tych kategorii to zgodnie z przyjętymi w pracy założeniami wiedza na temat psychologicznych procesów wzmagających lecznicze działanie stosowanych środków medycznych, a zarazem przywracających psychiczną równowagę naruszoną przez chorobę i niektóre, inwazyjne metody leczenia. Warto zauważyć, że pierwsza z wymienionych przeze mnie kategorii czynników – czyli poczucie siły, ma bardzo wiele wspólnego z czynnikami opisywanymi w koncepcji poczucia koherencji A. Antonovskiego (1995; 1997) jako poczucie zaradności, zrozumiałości i sensu. W koncepcji komunikacji terapeutycznej czynniki te zostały umieszczone jednak w nieco innym kontekście (choćby problem relacji terapeutycznej i kwestia ich stymulowania poprzez aktywność osoby pomagającej – interwencje terapeutyczne) oraz znalazły bogatszą interpretację. Poczucie siły, które można interpretować jako poszerzony odpowiednik poczucia koherencji, zyskało istotne dopełnienie w postaci poczucia wsparcia oraz uzupełnione o dwa dodatkowe wymiary, tj. pozytywną mobilizację emocjonalną oraz autoekspresję.

O ile poczucie rozumienia swej sytuacji można traktować jako swoisty odpowiednik poczucia rozumienia w koncepcji A. Antonovskiego, poczucie mocy wewnętrznej jako rozwinięty odpowiednik występującego tam poczucia zaradności, a poczucie sensu jako odpowiednik czynnika o tej samej nazwie, to pozytywna mobilizacja emocjonalna, a zwłaszcza autoekspresja, stanowią dwa całkiem nowe i, jak wynika z dokonanego przeglądu literatury, bardzo istotne wymiary psychologiczne warunkujące potencjał zdrowia jednostki oraz jej możliwości regeneracyjne.

Proponowany model czynników terapeutycznych, chociaż oparty na analizie literatury, wydaje się dobrze przystawać do realiów pracy klinicznej. Dostarcza również inspiracji do długofalowych badań nad psychologicznymi czynnikami warunkującymi zdrowie oraz ułatwiającymi powrót do zdrowia w sytuacji choroby. To ostatnie zadanie wymaga stworzenia stosownych narzędzi badawczych pozwalających na ścisłą, empiryczną weryfikację nasuwających się hipotez dotyczących roli poszczególnych czynników oraz relacji, jakie pomiędzy nimi mogą występować. Jak się wydaje, jest to zadanie warte podjęcia w przyszłości, mogące dodatkowo rozwinąć i wzbogacić proponowaną koncepcję. Chciałbym podkreślić, że nie uważam jej za zamkniętą i wraz z szerszym wykorzystaniem obecnego modelu w praktyce klinicznej, lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantów, a także w szkoleniu kadr medycznych oraz we wspomnianych już badaniach naukowych, liczę na jej doskonalenie i rozwój, zwłaszcza jeśli chodzi o rozumienie, interpretację i rolę poszczególnych, elementarnych czynników terapeutycznych oraz związanych z nimi aspektów psychicznego funkcjonowania (poczucie siły, mobilizacja emocjonalna, autoekspresja).

Można sądzić, że wraz z rosnącą świadomością znaczenia wzajemnych powiązań pomiędzy ciałem i psychiką oraz psychiką i charakterem relacji interpersonalnych, w tym charakterem relacji terapeuta – pacjent, komunikacja terapeutyczna stanie się w przyszłości wyraźnie identyfikowaną dziedziną wiedzy stosowanej i związanych z nią umiejętności. Powinna wejść w skład niezbędnego przygotowania zawodowego wszystkich lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów oraz osób zawodowo sprawujących opiekę nad chorym. Osobiście pokładam w tym duże nadzieje, szczególnie wyróżniając zawód pielęgniarski, z natury interdyscyplinarny i zorientowany humanistycznie, a ponadto, aktualnie bardzo otwarty na nowe idee. Wraz ze wzrostem kultury psycho-terapeutycznej pielęgniarek i rosnącym prestiżem tego zawodu, co wiąże się między innymi z upowszechnieniem i rozwojem wyższych studiów pielęgniarskich oraz

z rosnącą jego autonomią, podejście psychoterapeutyczne coraz silniej przenikać będzie do codziennej praktyki kontaktu z pacjentem przedstawicieli także innych zawodów medycznych (lekarze, rehabilitanci). Zwrotnie, jak sądzę, przyczyni się to do rozwoju teorii i badań w tym niezwykle ciekawym i wiele obiecującym obszarze.

BIBLIOGRAFIA

1. Adamczak M.: *Choroba i jej indywidualna koncepcja*. W: Waligóra B. (red.): *Elementy psychologii klinicznej*. Wyd. UAM, Poznań 1985.
2. Ader R., Cohen N.: *Behavior and the immune system*. In: Gentry W.D. (ed.): *Handbook of behavioral medicine*. Guilford Press, New York 1984.
3. Ader R., Felten D.L., Lechin F.: *Psychoneuroimmunology*. Academic Press, San Diego 1991.
4. Aleksandrowicz J.: *Psychoterapia jako specjalistyczna metoda leczenia*. Psychoterapia, 1976, T.17.
5. Aleksandrowicz J., Ungeheuer G.: *Spoleczna rola chorego i jej konsekwencje dla psychiatrii*. W: Sokołowska M., Hołowska J., Ostrowska A. (red.): *Socjologia a zdrowie*. PWN, Warszawa 1976.
6. Aleksandrowicz J., Leder S., Pohorecka A.: *O chorobie inaczej*. PZWL, Warszawa 1977.
7. Aleksandrowicz J.: *Nerwice – psychologia i psychoterapia*. PZWL, Warszawa 1988.
8. Aleksandrowicz J.: *Psychoterapia medyczna*. PZWL, Warszawa 1994.
9. Allport G.W.: *Osobowość i religia*. Pax, Warszawa 1988.
10. Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
11. Antonovsky A.: *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.): *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 1997.
12. Arnold E., Boggs K.: *Interpersonal relationships*. Saunders Company, Philadelphia 1993.
13. Bahnson C., Bahnson M.: *Role of the ego defences: denial and repression in the etiology of malignant neoplasm*. Annales of New York Academy of Sciences, 1966, vol. 125, 3, s. 827–846.
14. Balint M., Balint E.: *Psychotherapeutic techniques in medicine*. Tavistock Publications. London 1961.
15. Balint M.: *The doctor, the patient and his illness*. Pitman Medical Publishing, London 1968.
16. Bandura A.: *Self-efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist, 1982, 37, s. 122–147.
17. Barber P.: *Communicating for health*. University of Surrey. Working Paper, Guildford 1993.
18. Berger P., Luckman T.: *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*. PiW, Warszawa 1983.
19. Berne E.: *W co grają ludzie? Psychologia stosunków międzyludzkich*. PWN, Warszawa 1987.
20. Berne E.: *Dzień dobry... i co dalej?* Dom Wyd. REBIS, Poznań 1998.
21. Berzon B., Pious C., Farson R.: *The therapeutic event in group psychotherapy: a study of subjective reports by group members*. Journal of Individual Psychology, 1963, 19, s. 204–212.
22. Bishop G.: *Psychologia zdrowia*. Wyd. Astrum, Wrocław 2000.
23. Bloch S., Rebstein J., Crouch E., Holroyd P. & Themen J.: *A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy*. British Journal of Psychiatry, 1979, 134, s. 257–263.
24. Bloch S.: *An introduction to psychotherapies*. Oxford University Press, Oxford 1979.

25. Bloch S., Rebstein J.: *Perceptions by patients and therapists of therapeutic factors in group psychotherapy*. British Journal of Psychiatry, 1980, 137, s. 274–278.
26. Bloch S., Crouch E.: *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford University Press, Oxford 1985.
27. Bomba J., Leśniak E.: *Psychologia lekarska: metody nauczania i zakres problematyki*. W: Łazowski J., Dolińska-Zygmunt G. (red.): *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*. Materiały z XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej. Kołobrzeg 15–17 maja 1997.
28. Bradley J.C., Edinberg M.A.: *Communication in the nursing context*. Appleton-Century-Crofts, Connecticut 1982.
29. Brammer L., Shostrom E.: *Therapeutic psychology. Fundamentals of counselling and psychotherapy*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs 1960.
30. Brammer L., Abrego P., Shostrom E.: *Therapeutic counselling and psychotherapy*. Prentice-Hall, Inc., New Jersey 1993.
31. Burnard P., Morrison P.: *Nurses' perceptions of their interpersonal skills*. Nursing Times, 1987, 42, s. 59.
32. Burnard P.: *Learning human skills*. Heinemann Nursing, London 1986.
33. Burnard P.: *Teaching interpersonal skills. A handbook of experiential learning for health professionals*. Chapman & Hall, London 1991.
34. Byrne D.: *Repression-sensitization as a dimension of personality*. In: Maher B. (ed.): *Progress in experimental personality research*. Academic Press, New York 1964.
35. Caplan G.: *Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki*. Nowiny Psychologiczne, 1984, nr 2–3, s. 92–114.
36. Carkhuff R.: *The development of human resources. Education, psychology and social change*. Holt, Reinhart and Winston, Inc., New York 1971.
37. Carkhuff R.: *The art of helping*. Human Resource Development Press, Amherst 1987.
38. Chodak M.: *Zastosowanie metod pracy z wyobraźnią, wewnętrznym healerem oraz rola peak experiences w leczeniu chorych nowotworowych*. Psychoterapia, 1995, 4, s. 21–30.
39. Chodak M.: *Głębokie przeżycie religijne – wartość duchowa i terapeutyczna w sytuacji choroby terminalnej*. Sztuka Leczenia, 2000, 3, s. 91–96.
40. Colby K.M.: *A primer for psychotherapists*. The Ronald Press Company, New York 1951.
41. Corsini R.: *Methods of group psychotherapy*. Mc Graw-Hill Book Company Inc., London 1957.
42. Corsini R., Rosenberg B.: *Mechanisms of group psychotherapy: processes and dynamics*. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1955, 15, s. 406–411.
43. Cotton D.: *Stress management*. Brunner-Mazel, New York 1990.
44. Cousins N.: *The healing heart*. Norton, New York 1983.
45. Coyne J.C., Lazarus R.S.: *Cognitive style, stress perception and coping*. In: Kutash I.L., Schlesinger L.B. (eds.): *Handbook of stress and anxiety*. Jossey-Bass, San Francisco 1980.
46. Czała Cz.: *Nadal wiadomo niewiele. Przegląd aktualnych badań nad psychoterapią*. Psychoterapia, 1993, 3, s. 3–14.
47. Czała Cz.: *Wyniki badań nad psychoterapią – ich użyteczność dla praktyki klinicznej*. Psychoterapia, 1994, 4, s. 33–40.
48. Czała Cz.: *Czynniki leczące w psychoterapii*. PWN, Warszawa 1997.
49. Czała Cz., Sęk H.: *Pomoc psychologiczna*. W: Strelau J. (red.): *Psychologia*. T.3. GWP, Gdańsk 2000.
50. Dąbrowski K.: *Osobowość i jej kształtowanie poprzez dezintegrację pozytywną*. PTHP, Warszawa 1975.
51. Dąbrowski K. (red.): *Zdrowie psychiczne*. PWN, Warszawa 1979.
52. De Board R.: *Counselling Skills*. Wildwood House, Hampshire 1989.
53. Deutsh F. (eds.): *The psychosomatic concept in psychoanalysis*. Int. Univ. Press., New York 1953.

54. Dolińska-Zygmunt G. (red.): *Elementy psychologii zdrowia*. Wyd. UW, Wrocław 1996.
55. Egan G.: *The skilled helper*. Brooks/Cole Publishing Comp., California 1986.
56. Endler N., Parker J.: *Multidimensional assesment of coping: a critical evaluation*. Journal of Personality and Social Psychology, 1990, 5, s. 844–854.
57. Enelow A.J.: *Elements of psychotherapy*. Oxford University Press, New York, London 1977.
58. Fiałkowski M.: *Godność człowieka umierającego a zaburzenia psychiczne w ostatniej fazie choroby*. Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej Pielęgniarsko-Lekarskiej. Kraków, 2 czerwiec 2001.
59. Folkman S., Lazarus R., Dunkel-Schetter C., De Longis A., Gruen R.: *Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes*. Journal of Personality and Social Psychology, 1986, 5, s. 992–1003.
60. Folkman S., Lazarus R.: *The relationship between coping and emotion*. Social Science of Medicine, 1988, 3, s. 309–317.
61. Folkman S.: *Coping across the life span: Theoretical issues*. In: Cummings E.M., Greene A.L., Karraker K.H. (eds.): *Life – span developmental psychology. Perspectives on stress and coping*. Hillsdale, New Jersey 1991.
62. Frank J.: *Persuasion and healing*. Schocken Books, New York 1975.
63. Frank J.: *Jak leczy psychoterapia*. Psychoterapia, 1977, Z. 20, s. 3–10.
64. Frank J.: *Psychoterapia, retoryka i hermeneutyka – implikacje dla praktyki i badań naukowych*. Psychoterapia, 1987, 4, s. 11–28.
65. Frankl V.: *Homo patients*. PZWŁ, Warszawa 1984.
66. Frączek A., Kofta M.: *Frustracja i stres psychologiczny*. W: Tomaszewski T. (red.): *Psychologia*. PWN, Warszawa 1975.
67. Formański J.: *Nowy program nauczania psychologii*. Pielęgniarstwo 2000, 1993, 6, s. 6–8.
68. Freud Z.: *An outline of psychoanalysis*. The Hogarth Press, London 1949.
69. Freud Z.: *Wstęp do psychoanalizy*. PWN, Warszawa 1982.
70. Froelich R., Bishop M.: *Clinical interviewing skills*. The Mosby Comp., Saint Louis 1977.
71. Fuhrman A., Burlingame G.M.: *Consistency of matter: A comparative analysis of individual and group process variables*. The Counselling Psychologist, 1990, 18, s. 6–63.
72. Gapik L.: *Edukacyjne aspekty psychoterapii*. W: Gapik L. (red.): *Postępy Psychoterapii*. T. I. Poznań 1998.
73. Garfield S.L.: *Psychotherapy. An eclectic approach*. John Wiley & Sons, New York 1980.
74. Garfield S.L., Bergin A.E.: *Psychoterapia i zmiana zachowania*. Inst. Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1990.
75. Garfield S.L.: *Eclectic psychotherapy. A common factors approach*. In: Norcross J.C., Goldfried M.R. (eds.): *Handbook of psychotherapy integration*. Basic Publication, New York 1992.
76. Gierowski K.: *Psychologiczne sposoby oddziaływania na człowieka*. W: *Wybrane zagadnienia psychologii lekarskiej*. Wyd. AM, Kraków 1980.
77. Gill M.M.: *The analysis of the transference*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1979, vol. 27, Supplement.
78. Goffman E.: *Człowiek w teatrze życia codziennego*. PIW, Warszawa 1981.
79. Golańska Ż., Klimek R.: *Badanie ginekologiczne w ocenie kobiet*. Ginekologia Polska, 1982, 53, 10, s. 673–677.
80. Gordon T., Edwards S.: *Pacjent jako partner*. Pax, Warszawa 1999.
81. Greenson R.R.: *The technique and practice of psychoanalysis*. Internat. Univ. Press., New York 1967.
82. Grzegółowska-Klarkowska H.: *Mechanizmy obronne osobowości*. PWN, Warszawa 1986.
83. Grzesiuk L.: *Zjawiska w psychoterapii*. W: Grzesiuk L. (red.): *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki, specyficzne problemy*. PWN, Warszawa 1994.

84. Harper R.A.: *Some common effects of diverse approaches*. In: Berenson B.G., Carkhuff R.R. (eds.): *Sources of gain in counselling and psychotherapy*. Holt, Reinhart and Winston, New York 1967.
85. Harris Th.A.: *W zgodzie z sobą i z tobą*. PAX, Warszawa 1987.
86. Hebanowski M., Bilikiewicz A.: *Modernizacja programu studiów Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku uwzględniająca potrzebę humanizacji studiów i ich reorientacji w kierunku medycyny rodzinnej*. Psychoterapia, 1993, 1, s. 45–57.
87. Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B.: *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*. PZWL, Warszawa 1994.
88. Hein E.: *Communication in nursing practice*. Little, Brown and Comp., Boston 1980.
89. Heron J.: *Helping the client*. Sage Publication, London 1993.
90. Heszen-Klemens I.: *Poznawcze uwarunkowania wobec własnej choroby*. Wyd. Ossolineum, Wrocław 1979.
91. Heszen-Klemens I.: *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Wyd. UŚL, Katowice 1983.
92. Heszen-Niejodek I.: *Skuteczność radzenia sobie z chorobą somatyczną*. W: Szewczyk L. (red.): *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*. Wyd. „Neurocentrum”, Lublin 1997.
93. Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.): *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 1997.
94. Heszen-Niejodek I.: *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: Strelau J. (red.): *Psychologia*. GWP., Gdańsk 2000a.
95. Heszen-Niejodek I.: *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*. W: jw., 2000b.
96. Hill W. F.: *Further considerations of therapeutic mechanisms in group therapy*. Small Group Behaviour, 1975, 6, s. 421–429.
97. Hobbs M.: *The psychological treatments*. In: Rose N.B. (ed.): *Essential psychiatry*. Blackwell Scientific Publication, Oxford 1984.
98. Hobfoll S.E.: *Conservation of resources: A new attempt of conceptualizing stress*. American Psychologist., 1989, 3, s. 513–524.
99. Hobfoll S.E., Freedy J.R., Green B.L., Solomon S.D.: *Coping in reaction to extreme stress: The roles of resource loss and resource availability*. In: Zeidner M., Endler N.S., (eds.): *Handbook of coping. Theory, research, applications*. Wiley, New York 1996.
100. Hollender M.: *Psychologia w praktyce lekarskiej*. PZWL, Warszawa 1975.
101. Hopson B.: *Counselling and helping*. In: M. Herbert (ed.): *Psychology for social workers*. Billing and Sons Limited, London 1986.
102. Hopson B.: *Counselling and helping*. In: Cooper C., Makin P. (eds.): *Psychology for managers*. Mcmillan Publishers, London 1988.
103. Hose S., Douglas A.: *Human dynamics and nursing*. Churchill Livingstone, New York 1986.
104. Hull R.: *Jak żyć. Sukcesu można się nauczyć*. Wyd. INTERLIBRO, Warszawa 1995.
105. Israel J.: *Socjopsychiczne środowisko szpitala*. W: Sokołowska M. (red.): *Badania socjologiczne w medycynie*. Książka i Wiedza, Warszawa 1969.
106. Ivey A., Simek-Downing L.: *Counselling and psychotherapy: Skills, theories and practice*. Prentice-Hall, Inc., New Jersey 1980.
107. Jakubowska U.: *Podejście humanistyczno-egzystencjalne*. W: Grzesiuk L. (red.): *Psychoterapia*. PWN, Warszawa 1994.
108. Janis J.: *Psychological stress*. J. Wiley, New York 1958.
109. Jankowski K.: *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. PiW, Warszawa 1975.
110. Jankowski K.: *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej. Dwadzieścia lat później*. J. Santorski & CO, Warszawa 1994.
111. Jarosz M.: *Elementy psychologii lekarskiej i psychopatologii ogólnej*. PZWL, Warszawa 1971.
112. Jarosz M.: *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1978.
113. Jaworowska-Oblój Z., Skuza B.: *Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych*. Przegląd Psychologiczny, 1986, 3, s. 733–744.

114. Jennings D.: *The confusion between disease and illness in clinical medicine*. Canadian Medical Association Journal, 1986, 135, s. 865–870.
115. Jugowar B., Skommer M.: *Rola grup Balinta w usprawnianiu relacji pielęgniarka – pacjent*. W: Wołowicka L., (red.): *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa*. Cz. IX. Wyd. AM, Poznań 1996.
116. Jugowar B., Adamski Z.: *Kształtowanie relacji student – pacjent poprzez propagowanie idei Michaela Balinta w nauczaniu studentów medycyny*. Nowiny Lekarskie, 1997, 5, s. 572–604.
117. Kagan A., Levi L.: *Psychosocial factors, stress and disease*. In: Carenza L., Zichella L. (eds.): *Emotion and reproduction*. Academic Press, San Francisco 1979.
118. Kanfer F.H., Goldstein A.P. (eds.): *Helping people change*. Pergamon Press, New York 1986.
119. Kaplan H.I., Sadock B.J.: *Synopsis of psychiatry*. Six edition. Williams & Wilkins, Baltimore 1991.
120. Karasu T.B.: *Psychotherapy with somatically ill patient*. In: Karasu T.B., Steinmuller R.I., Meltzer B. (eds.): *Psychotherapeutics in medicine*. Grune & Stratton, Inc., New York 1978.
121. Karasu T.B.: *The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents*. American Journal of Psychiatry, 1986, 20, s. 476–485.
122. Kawczyńska-Butrym Z. (red.): *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*. Centrum Med. Dosc. Śr. Szk. Med., Warszawa 1994.
123. Kępiński A.: *Rytm życia*. Wyd. Lit., Kraków 1972a.
124. Kępiński A.: *Psychopatologia nerwic*. PZWL, Warszawa 1972b.
125. Kępiński A.: *Melancholia* PZWL, Warszawa 1974.
126. Kępiński A.: *Lęk*. PZWL, Warszawa 1977.
127. Kępiński A.: *Poznanie chorego*. PZWL, Warszawa 1978.
128. Killimgo B.: *Psychoanalityczna metoda leczenia*. GWP, Gdańsk 1995.
129. Klauber J.: *Difficulties in the analytic encounter*. Free Association Books, London 1986.
130. Klimasiński K.: *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*. Wyd. UJ, Kraków 2000.
131. Kmiecik-Baran K.: *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne*. Przegląd Psychologiczny, 1995, 1–2, s. 201–214.
132. Kobasa S.: *Stressful life events, personality and health*. Journal of Personality and Social Psychology, 1979, 1, s. 1–11.
133. Kobasa S., Madi S., Courington S.: *Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship*. Journal of Health and Social Behavior, 1981, 22, s. 368–378.
134. Kobasa S.: *The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health*. In: Suls J., Sanders G. (eds.): *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, New Jersey 1982.
135. Kofta M.: *Samokontrola a emocje*. PWN, Warszawa 1979.
136. Kokoszka A.: *Psychoterapia jako metoda leczenia*. W: Kokoszka A., Drozdowski P. (red.): *Wprowadzenie do psychoterapii*. Wyd. AM, Kraków 1993a.
137. Kokoszka A.: *Podstawowe pojęcia psychoanalizy*. W: Kokoszka A., Drozdowski P. (red.): *Wprowadzenie do psychoterapii*. Wyd. AM, Kraków 1993b.
138. Kokoszka A., Motyka M.: *Podstawy kontaktu psychoterapeutycznego*. W: Kokoszka A., Drozdowski P. (red.): *Wprowadzenie do psychoterapii*. Wyd. AM, Kraków 1993.
139. Kopczyńska-Tyszkó A.: *Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór*. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.): *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wyd. UJ, Kraków 1999.
140. Korsch B., Negrete V.: *Doctor – patient communication*, Scientific American, 1972, 227, s. 66–74.
141. Korsch B., Gozzi E., Francis V.: *Gaps in doctor – patient communication*. Pediatrics, 1986, 42, s. 855–871.
142. Korsch B., Harding C.: *Świadomy pacjent*. Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
143. Kowalczyk-Gajek R.: *Przygotowanie pielęgniarek do kontaktu terapeutycznego z pacjentem chorym psychicznie*. Zakł. Psychol. Zdrowia CM UJ, Kraków 2000. Praca magisterska niepubl.

144. Kowalewska M., Kaczor M.: *Potrzeby pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych w okresie intensywnego nadzoru*. W: Motyka M., Gajzler A. (red.): *Współczesne pielęgniarstwo – stan badań i kierunki rozwoju*. Mat. II Konferencji Naukowej Pielęgniarstwa. Kraków 1985.
145. Kowalik S.: *Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji*. W: Strelau J. (red.): *Psychologia*. GWP, Gdańsk 2000.
146. Kratochvil S.: *Psychoterapia*. PWN, Warszawa 1978.
147. Kratochvil S.: *Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic*. PWN, Warszawa 1981.
148. Kratochvil S.: *Integracja w psychoterapii*. W: Gapik L. (red.): *Postępy psychoterapii*. T. II. Wyd. INTERFUND, Poznań 1999.
149. Kropornicka B., Ślusarska B.: *Zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne wśród pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy*. *Postępy pielęgniarstwa i promocji zdrowia*. Cz. 11. Wyd. AM w Poznaniu, Poznań 1997. s. 69–73.
150. Kubacka-Jasiecka D.: *Z psychopatologii zmagania się ze stresem*. W: Kubacka-Jasiecka D. (red.): *Wybrane problemy zmagania się ze stresem*. Zeszyty Naukowe UJ. Z. 12. Kraków 1995a, s. 25–46.
151. Kubacka-Jasiecka D.: *Złudzenia a zmaganie się z chorobą somatyczną – pytania i refleksje*. *Sztuka Leczenia*, 1995b, 1, 1, s. 69–79.
152. Kubacka-Jasiecka D.: *Pomiędzy copingiem a obroną. Zmagania się z kryzysem choroby poprzez procesy wewnątrzpsychiczne*. W: Szewczyk L. (red.): *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*. Wyd. AM w Lublinie, Lublin 1997.
153. Kubacka-Jasiecka D.: *Problematyka lęku i zmagania się z lękiem w chorobie nowotworowej*. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.): *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wyd. UJ, Kraków 1999.
154. Kulczycki M.: *Psychologiczne problemy człowieka chorego*. Wyd. Ossolineum, Wrocław 1971.
155. Kulczycki M.: *Psychologiczne problemy zaburzeń jatrogennych*. Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczno-Pedagogiczne, Kraków 1976, Z. 25, s. 21–28.
156. Kübler-Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Pax, Warszawa 1979.
157. Lambert M.J.: *Introduction to psychotherapy research*. In: Beutler L.E., Cargo M. (eds.): *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies*. APS, Washington 1991.
158. Lambert M.J., Bergin A.F.: *The effectiveness of psychotherapy*. In: Bergin A.E., Garfield S.L. (eds.): *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. John Wiley and Sons, New York 1994.
159. Lazarus R., Folkman S.: *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York 1984.
160. Lazarus R.: *Utrapienia życiowe mogą być niebezpieczne dla zdrowia*. *Nowiny Psychologiczne*, 1983, 1, s. 8–15.
161. Lazarus R.: *Paradygmat stresu i radzenia sobie*. *Nowiny Psychologiczne*, 1986, 1–2, s. 13–26.
162. Leder S., Brykczyńska C., Gawlikowska D., Wysocka T.: *Grupy Balinta. Część I – Przegląd wybranych zagadnień*. *Psychoterapia*, 1997, 2, s. 15–22.
163. Leder S.: *Psychoterapia i medycyna*. W: Leder S.: *Psychoterapia, psychiatria społeczna. Wybrane zagadnienia*. Bibl. Psychiatrii Pol., Kraków 2000.
164. Lenartowicz H.: *Spółeczne oparcie a pielęgniarstwo*. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1991, 2, s. 5–11.
165. Lepiarz A.: *Zapotrzebowanie na wiedzę o chorobie i leczeniu wśród pacjentek oddziałów internistycznych*. Zakł. Psychol. Zdrowia CM UJ, Kraków 2001. Praca magisterska niepubl.
166. Le Shan L.: *Mobilizing the life force*. *Annales of the New York Academy of Sciences*, 1969, 2, s. 847–856.
167. Levy S., Herberman R., Lippman M., D'Angelo T.: *Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer*. *Journal of Clinical Oncology*, 1987, 5, s. 348–353.
168. Lewicki A.: *Psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1969.
169. Lewis H., Lewis M.: *Psychosomatics*. The Viking Press, New York 1972.
170. Lieberman M., Yalom I., Miles M.: *Encounter groups: first facts*. Basic Books, New York 1973.

171. Lipowski Z.: *Psychosocial aspects of disease*. Annual Internal. Medicine, 1969, 6, s. 1197–1206.
172. Lipowski Z.: *Physical illness, the individual and the coping process*. Psychiatry in Medicine, 1970, 2, s. 91–102.
173. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kröger F., Wasilewski B.: *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*. PZWL, Warszawa 1995.
174. Luban-Plozza B.: *Zaufanie jako terapia*. Sztuka Leczenia, 1997, 4, 4, s. 67–72.
175. Luborsky L., Singer B., Luborsky L.: *Comparative studies of psychotherapy*. Archives of General Psychiatry, 1975, 32, s. 995–1008.
176. Łapińska E.: *Rozwój osobowości studentów w trakcie nauki*. Kwartalnik Akademii Medycznej w Warszawie, 1974, 4, s. 313–320.
177. Łapińska E.: *Ocena zmian osobowości studentów medycyny w trakcie pierwszych lat nauki*. Kwartalnik Akademii Medycznej w Warszawie, 1975, 2, s. 131–140.
178. Łazowski J. (red.): *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*. PZWL, Warszawa 1978.
179. Łazowski J.: *Paradygmaty współczesnej medycyny*. Sztuka Leczenia, 1995, 1, s. 23–28.
180. Łosiak W.: *Procesy radzenia sobie, ocena sytuacji i zaangażowanie wartości*. Przegląd Psychologiczny, 1992, 4, s. 485–495.
181. Łosiak W.: *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym*. Wyd. UJ, Kraków 1994.
182. Łosiak W.: *Podstawowe koncepcje stresu i radzenia sobie*. W: Kubacka-Jasiecka D. (red.): *Wybrane problemy zmagania się ze stresem*. Zeszyty Naukowe UJ, Kraków 1995a, Z. 12, s. 13–23.
183. Łosiak W.: *Wzory radzenia sobie u pacjentów chirurgicznych*. W: Kubacka-Jasiecka D. (red.): *Wybrane problemy zmagania się ze stresem*. Zeszyty Naukowe UJ, Kraków 1995b, Z. 12, s. 139–144.
184. Łosiak W.: *Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów*. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W.: *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wyd. UJ, Kraków 1999a.
185. Łosiak W.: *Subiektywny obraz choroby u pacjentów*. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.): *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wyd. UJ, Kraków 1999b.
186. Magdoń M.: *Relacja lekarz – pacjent w przyszłości*. Sztuka Leczenia, 1996, 3, s. 67–73.
187. Majda A., Zahradniczek K.: *Warunki i metody pracy pielęgniarki w szpitalu*. W: Zahradniczek K. (red.): *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. PZWL, Warszawa 1995.
188. Makowska H., Poprawa R.: *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*. W: Dołęńska-Zygmunt G. (red.): *Elementy psychologii zdrowia*. Wyd. UW, Wrocław 1996.
189. Maslow A.: *Teoria hierarchii potrzeb*. W: Reykowski J. (red.): *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej*. PWN, Warszawa 1964.
190. Maslow A.: *W stronę psychologii istnienia*. Pax, Warszawa 1986.
191. Maslow A.: *Motywacja i osobowość*. Pax, Warszawa 1990.
192. Matarazzo J.D., Weis S.M., Herd J.A., Miller N.E.: *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. John Wiley & Sons, New York 1984.
193. Mausch K.: *Psychika a system immunologiczny człowieka w badaniach empirycznych wybranych parametrów psychologicznych i odpornościowych*. Zachowania ludzkie w zdrowiu i chorobie. Materiały z Międzynarodowej Konferencji Medycyny Psychosomatycznej Krajów Nadbałtyckich. Szczecin, 28–31 maja 1998.
194. Mausch K.: *Stan psychiczny a funkcjonowanie układu immunologicznego w badaniach empirycznych*. Sztuka Leczenia, 2000, 3, s. 41–44.
195. May R.: *Psychologia i dylemat ludzki*. Pax, Warszawa 1989.
196. Mayerscough P., Ford M.: *Jak rozmawiać z pacjentem*. GWP, Gdańsk 2001.
197. McCrae R., Costa P.: *Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample*. Journal of Personality, 1986, 2, s. 385–405.
198. Mc Ginnis A.L.: *Potęga optymizmu*. Wyd. „Exter”, Warszawa 1993.

199. Mc Ginnis A.L.: *Sztuka motywacji*. Świat Książki, Warszawa 1997.
200. Mellibruda J.: *Teoria i praktyka terapii Gestalt*. W: Wardaszko-Łyskowska H. (red.): *Terapia grupowa w psychiatrii*. PZWŁ, Warszawa 1980.
201. Miller S.: *When is a little information a dangerous thing? Coping with the stressful events by monitoring versus blunting*. In: Lewine S., Ursin H. (eds.): *Coping and health*. Plenum, New York 1980.
202. Miller S.: *To see or not to see: Cognitive informational styles in the coping process*. In: Rosenbaum M. (ed.): *Learned resourcefulness*. Springer-Verlag, New York 1990.
203. Moszczyński P., Żabiński Z.: *Relacja lekarz – pacjent a funkcjonowanie człowieka chorego*. *Sztuka Leczenia*, 1997, 4, s. 17–22.
204. Motyka H.: *Znaczenie wsparcia psychicznego w przywracaniu zdrowia – opinie studentów pielęgniarstwa i medycyny*. *Promocja Zdrowia Psychicznego*. Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej. Zwierzyniec k. Zamościa 28–29 maj 1999, s. 85–90.
205. Motyka M., Golańska Ż., Pajor Z.: *Trening interpersonalny w szkoleniu kadr medycznych*. *Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych*, 1978, 2, s. 7–13.
206. Motyka M., Golańska Ż.: *Psychologiczne aspekty ginekologii – badanie psychologiczne w ocenie psychologa*. *Ginekologia Polska*, 1983, 8–9, s. 569–573.
207. Motyka M.: *Psychosomatyczne modele choroby*. *Przegląd Lekarski*, 1984a, 2, s. 223–226.
208. Motyka M.: *Zapotrzebowanie chorych przebywających w szpitalu na informacje o własnej chorobie i stosowanym leczeniu*. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1984b, 3, s. 75–77.
209. Motyka M., Pajor Z., Grzesiek K.: *Zmiany charakterystyki psychologicznej studentek Wydziału Pielęgniarskiego AM w Krakowie w okresie 1977–1983*. *Kwartalnik Akademii Medycznej w Warszawie*, 1984, 1, s. 139–142.
210. Motyka M., Pajor Z., Kabat Z.: *Przeobrażenia osobowości studentek Wydziału Pielęgniarskiego AM obserwowane w toku studiów*. *Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych*, 1984, 1, s. 7–13.
211. Motyka M.: *Ćwiczenia z podstaw psychoterapii na studiach pielęgniarstwach AM w Krakowie*. *Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych*, 1988, 2, s. 90–95.
212. Motyka M., Kubaty T.: *Psychologiczna analiza sytuacji wykonywania zabiegów diagnostycznych u dzieci w wieku przedszkolnym*. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1989, 1, s. 77–84.
213. Motyka M.: *Kształcenie umiejętności psychologicznych studentów kierunku pielęgniarstwa*. *Sprawy Doskonalenia*, 1991, 13, s. 65–83. *Biuletyn CMDN ŚSZM*.
214. Motyka M., Noworyta J.: *Psychologiczne przygotowanie pielęgniarek w opinii studentek kierunku pielęgniarstwa CM UJ*. Konferencja Naukowa Wydziału Pielęgniarskiego AM we Wrocławiu. Wrocław, marzec 1994. Maszynopis referatu niepubl.
215. Motyka M., Wilczek-Rużyczka E., Kubaty T.: *Students' views of training in Poland*. *Nursing Standards*, 1994, 1, s. 25–27.
216. Motyka M., Kubaty T.: *Trening podstawowych umiejętności psychoterapeutycznych w ocenie studentów kierunku pielęgniarstwa*. *Psychoterapia*, 1995, 4, s. 41–48.
217. Motyka M.: *Środki psychoterapii wspierającej w pielęgnowaniu chorego somatycznie*. W: Borysiewicz J., Lenartowicz H., Kózka M., Motyka M. (red.): *Pielęgniarstwo a zdrowie społeczeństwa. Nowe perspektywy*. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 1995a.
218. Motyka M., Motyka H., Wsolek R.: *Samoocena kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w zakresie sprawowania opieki psychicznej nad chorym*. W: Borysiewicz J., Lenartowicz H., Kózka M., Motyka M. (red.): *Pielęgniarstwo a zdrowie społeczeństwa. Nowe perspektywy*. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 1995.
219. Motyka M.: *Wykorzystanie środków psychoterapeutycznych w pielęgnacji chorych somatycznie*. *Sztuka Leczenia*, 1995b, 3, s. 75–79.
220. Motyka M.: *Interwencje terapeutyczne w ujęciu J. Herona*. *Sztuka Leczenia*, 1996, 3, s. 99–104.
221. Motyka M., Motyka H., Wsolek R.: *Samoocena przygotowania pielęgniarek do udzielania psychicznego wsparcia w chorobie*. *Pielęgniarstwo* 2000, 1996, 1, s. 18–19.

222. Motyka M.: *Pojęcie psychoterapii elementarnej w praktyce ogólnomedycznej*. W: Łazowski J., Dolińska-Zygmunt G. (red.): *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i w chorobie*. Mat. z XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej. Kołobrzeg 15–17 maja 1997a, s. 401–403.
223. Motyka M.: *Psychoterapia elementarna jako integralny składnik leczenia i pielęgnacji*. Sztuka Leczenia, 1997b, 4, s. 51–55.
224. Motyka M.: *Psychoterapia elementarna w praktyce pielęgniarstwa – ramy teoretyczne pojęcia*. Pielęgniarstwo Polskie, 1997c, 7, s. 149–156.
225. Motyka M., Motyka H., Wsółek R.: *Elements of psychological support in the nursing care*. Journal of Advanced Nursing, 1997, 26, s. 909–912.
226. Motyka M., Mudyń K.: *Ocena czynników motywujących personel pielęgniarstwa do podejmowania funkcji psychoterapeutycznej*. Pielęgniarstwo Polskie, 1997, 7, s. 143–148.
227. Motyka M.: *Elementary psychotherapy as an essential element in primary health care*. Materiały z Międzynarodowej Konferencji Medycyny Psychosomatycznej Krajów Nadbałtyckich. Szczecin 28–31 maja 1998.
228. Motyka M.: *Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie*. Wyd. Centr. Ed. Med., Warszawa 1999a.
229. Motyka M.: *Psychoterapia elementarna – podstawowe interwencje i mechanizmy*. W: Gapik L. (red.): *Postępy psychoterapii*. T. II. Wyd. INTERFUND, Poznań 1999b.
230. Motyka M.: *Sytuacje trudne w zawodzie pielęgniarstwa*. W: Kózka M., Motyka M., Wilczek-Rużyczka E., Zahradniczek K. (red.): *Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka*. Międzynarodowa Konferencja Naukowa. Kraków, 7–8 wrzesień 2000. Materiały Konferencji.
231. Murgatroyd S.: *Counselling and helping*. British Psychological Society and Routledge, London 1995.
232. Nelson-Jones R.: *Practical counselling and helping skills*. Cassell, London 1988.
233. Nęcki Z.: *Komunikowanie interpersonalne*. Wyd. Zakł. Narod. im. Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków 1992.
234. Nieniewska M., Kokoszka A.: *Psychoanalityczna psychoterapia wglądowa*. W: Kokoszka A., Drozdowski P. (red.): *Wprowadzenie do psychoterapii*. Wyd. II. Wyd. Collegium Medicum UJ, Kraków 1993.
235. Norcross J., Grencavage L.: *Eclecticism and integration in counselling and psychotherapy: major themes and obstacles*. British Journal of Guidance and Counselling, 1989, 17, 3.
236. Obara M., Rębała L.: *Lekarz nauczycielem swojego pacjenta*. W: Gapik L. (red.): *Postępy psychoterapii*. T. I. Wyd. INTERFUND, Poznań 1998.
237. Obuchowski K.: *Kody orientacji i struktura procesów orientacyjnych*. PWN, Warszawa 1970.
238. Omer H., London P.: *Metamorphosis in psychotherapy: end of the systems era*. Psychotherapy, 1988, 25, s. 171–180.
239. Ostrowski T.: *Mechanizm zaprzeczania w procesie zmagania się z chorobą*. W: Kubacka-Jasiecka D. (red.): *Wybrane problemy zmagania się ze stresem*. Zeszyty Naukowe UJ, Kraków 1995, Z. 12, s. 123–126.
240. Paciorkowski R.: *Uzdrowienia paranormalne we współczesnym chrześcijaństwie*. ATK, Warszawa 1980.
241. Pajor Z., Kabat Z., Motyka M.: *Osobowość pielęgniarki w opinii studentów i nauczycieli akademickich Wydziału Pielęgniarstwa AM*. Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych, 1979, 1, s. 51–58.
242. Pajor Z., Kaczor M., Motyka M.: *Sytuacje jatrogenne we współczesnym leczeniu*. Polski Tygodnik Lekarski, 1988, 10, s. 341–344.
243. Paul-Cavaliere F.: *Wizualizacja*. Dom Wyd. Rebis, Poznań 1992.
244. Pancheri P., Benaissa C.: *Stress and psychosomatic illness*. In: Spielberger Ch., Sarason I. (eds.): *Stress and anxiety*. Vol. 5. John Wiley and Sons, New York 1978.
245. Parsons T.: *Struktura społeczna a osobowość*. PWE, Warszawa 1969.

246. Parsons T.: *Szkice z teorii socjologicznej*. Warszawa 1972.
247. Parsons V., Sanford N.: *Interpersonal interaction in nursing*. Addison-Wesley Publ. Comp., California 1979.
248. Peale N. V.: *Możesz jeśli myślisz, że możesz*. Studio EMKA, Warszawa 1996.
249. Perlman H.: *Relationship. The heart of helping people*. The University of Chicago Press, Chicago and London 1979.
250. Perls F.: *Cztery wykłady*. W: Jankowski K. (red.): *Psychologia w działaniu*. Czytelnik, Warszawa 1981.
251. Płużek Z.: *Podstawy teoretyczne współczesnych kierunków psychosomatycznych*. W: Łazowski J. (red.): *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*. PZWL, Warszawa 1978.
252. Pilecka W.: *Psychologiczne następstwa chorób przewlekłych*. W: Wyszyńska A. (red.): *Psychologia defektologiczna*. PWN, Warszawa 1987.
253. Pilecka B.: *Znaczenie empatii w różnych wymiarach relacji interpersonalnych*. W: Gaś B. (red.): *Psychologia wychowawcza stosowana. Wybrane zagadnienia*. Wyd. Uniw. M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 1995.
254. Pommersbach J.: *Wsparcie społeczne a choroba*. Przegląd Psychologiczny, 1988, 31, 2, s. 503–523.
255. Poprawa R.: *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.): *Elementy psychologii zdrowia*. Wyd. UW, Wrocław 1996.
256. Poprawa R.: *Osobiste zasoby człowieka w radzeniu sobie ze stresem*. W: Szewczyk L. (red.): *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*. Wyd. „Neurocentrum”, Lublin 1997.
257. Poznańska S.: *Pielęgniarka i pielęgnowanie w opiece nad zdrowiem*. W: Zahradniczek K. (red.): *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. PZWL, Warszawa 1995.
258. Prochaska J.O.: *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Dorsey, Chicago 1979.
259. Prochaska J.O., Norcross J.C.: *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Brooks-Cole, Pacific Grove 1994.
260. Proto L.: *Samouzdrawianie*. Wyd. Amber, Warszawa 1998.
261. Rae L.: *Planowanie i projektowanie szkoleń*. Dom Wyd. ABC, Wrocław 1999.
262. Rakowska J.M.: *Badania nad efektywnością psychoterapii*. Nowiny Psychologiczne. 1998, 4, s. 39–58.
263. Rembowski J.: *Problematyka empatii w terapii*. Psychoterapia, 1989, 3, s. 73–82.
264. Reykowski J.: *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. PWN, Warszawa 1966.
265. Reykowski J.: *Badania nad stresem psychologicznym*. W: Wołoszynowa L. (red.): *Materiały do nauczania psychologii*. T. 3. SIV, Warszawa 1969.
266. Riemen J.: *Sytuacje trudne w pracy pielęgniarek w oddziałach ortopedycznych*. Zakł. Psychol. Zdrowia CM UJ, Kraków 2001. Praca magisterska niepubl.
267. Rogers C.: *Client centered psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston 1951.
268. Rogers C.: *On becoming person*. Houghton Mifflin, Boston 1961.
269. Rogers C.: *Carl Rogers on encounter groups*. Harper & Row, New York 1970.
270. Rogers C.: *The characteristics of a helping relationship*. In: Bennis W.G., Berlew D.E., Schein E.H., Steele F.: *Interpersonal dynamics. Esseys and readings on human interaction*. The Dorsey Press, Ontario 1973.
271. Rogers C.: *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*. „Thesaurus-Press”, Wrocław 1991.
272. Rodin J., Salovey P.: *Psychologia zdrowia*. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.): *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 1997.
273. Rossi E.L.: *Hipnoterapia. Psychobiologiczne mechanizmy uzdrawiania*. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 1995.

274. Rotter J.B.: *Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, 43, s. 56–67.
275. Sandler J., Dare Ch., Holder A.: *The patient and the analyst. The basis of the psychoanalytic process*. Maresfield Reprints, London 1979.
276. Sapir E.: *Kultura, język, osobowość*. PiW, Warszawa 1978.
277. Schafer R.: *The analytic attitude*. The Hogarth Press, London 1983.
278. Schneider-Correy M., Correy G.: *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*. Inst. Psychol. Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1995.
279. Schofield W.: *Some general factors in counselling and therapy*. In: Berenson B., Carkhuff R.R. (eds.): *Sources of gain in counselling and psychotherapy*. Holt, Reinhart and Winston Inc., New York 1967.
280. Schwarzer R.: *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.): *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 1997.
281. Seligman M.E.P.: *Optymizmu można się nauczyć*. Media Rodzina, Poznań 1993.
282. Serafino E.S.: *Health psychology. Biopsychosocial interaction*. Wiley & Son Inc., New York 1990.
283. Sędek G.: *Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady*. W: Kofta M., Szustrowa T. (red.): *Złudzenia, które pozwalają żyć*. PWN, Warszawa 1991.
284. Sęk H., Jarosz M.: *Psychoterapia*. W: Jarosz M. (red.): *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1978.
285. Sęk H.: *Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym?* Przegląd Psychologiczny, 1986, 3, s. 791–799.
286. Sęk H.: *Spółeczno-kliniczne podstawy teoretyczne różnych form pomocy psychologicznej*. W: Sęk H. (red.): *Spółeczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1991a.
287. Sęk H.: *Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki*. W: Sęk H. (red.): *Spółeczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1991b.
288. Sęk H.: *Psychologia wobec promocji zdrowia*. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.): *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 1997.
289. Shave D.W.: *The language of the transference*. Brown and Company, London 1968.
290. Sheridan Ch.L., Radmacher S.A.: *Psychologia zdrowia*. PTP, Warszawa 1998.
291. Shonk F.C.: *The psychological aspects of physical illness and disability*. Mc Millan, New York 1975.
292. Sifneos P.E.: *Short-term dynamic psychotherapy. Evaluation and technique*. Plenum Medical Book Company, New York and London 1979.
293. Silva J., Stone R.: *Samouzdrawianie metodą Silvy*. Dom Wyd.-Księg. KOS, Katowice 1997.
294. Silver R., Wortman C.: *Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu*. Nowiny Psychologiczne, 1984, 4–5, s. 29–95.
295. Simonton O.C., Henson R., Hampton B.: *Powrót do zdrowia*. Wyd. Ravi, Łódź 1998.
296. Simonton C., Matthews-Simonton S.: *Systemy przekonań a kierowanie emocjonalnymi aspektami złośliwych chorób nowotworowych*. Nowiny Psychologiczne, 1989, 1, s. 31–45.
297. Simonton C., Matthews-Simonton S., Creighton J.: *Triumf życia*. Med. Tour Press Int., Warszawa 1993.
298. Skommer M.: *Wsparcie społeczne a zdrowie jednostki*. Pielęgniarstwo Polskie, 1997, 7, s. 157–160.
299. Skommer M.: *Wpływ uczestnictwa w grupach Balinta na kontakt z pacjentem*. Materiały z Międzynarodowej Konferencji Medycyny Psychosomatycznej Krajów Nadbałtyckich. Szczecin 28–31 maja 1998.
300. Sochocka L.: *Przygotowanie absolwentów szkół medycznych do sprawowania psychicznej opieki nad pacjentem*. Zakł. Psych. Zdrowia CM UJ, Kraków 1996. Praca magisterska niepubl.

301. Sokolik Z.: *Psychoanaliza. Neopsychoanaliza*. W: Grzesiuk L.(red.): *Psychoterapia. Szkoty, zjawiska, techniki, specyficzne problemy*. PWN, Warszawa 1994a.
302. Sokolik Z.: *Czynniki leczące w psychoanalizie*. W: Grzesiuk L. (red.): *Psychoterapia*. PWN, Warszawa 1994b.
303. Steinmuller R.: *Psychotherapeutic treatment planning for the medically ill*. In: Karasu T.B., Steinmuller R.I. , Meltzer B. (eds.): *Psychotherapeutics in medicine*. Grune & Stratton, Inc., New York 1978.
304. Stiles W., Elliott R., Firth-Cozens J., Llewelyn S., Margison F., Shapiro D., Hardy G.: *Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy*. *Psychotherapy*, 1990, 27, s. 411–420.
305. Sundeen S.J., Stuard W., De Salvo Rankin E., Cohen S.: *Nurse – client interaction. Implementing the nurses process*. The Mosby Company, St Luis 1985.
306. Surmacka J.: *Błędy jatrogenne w środowisku szpitala*. Zakład Psychol. Zdrowia CM UJ, Kraków 2001. Praca magisterska niepubl.
307. Susułowska M.: *Rola i zadania psychologa klinicznego w stosunku do pacjenta somatycznego*. *Prace Psychologiczno-Pedagogiczne*. 1976, Z. 25, s. 11–19.
308. Szerstiennikow U.I.: *Wewnętrzne światło. Droga samouzdrawienia i samorealizacji*. Wyd. Arka, Poznań 1997.
309. Taylor S.E.: *Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation*. *American Psychologist*, 1983, 11, s. 1161–1173.
310. Taylor S. E.: *Przystosowanie do zagrażających wydarzeń*. *Nowiny Psychologiczne*. 1984, 6–7, s. 15–38.
311. Taylor S.E.: *Health Psychology*. McGraw-Hill, New York 1991.
312. Terruwe A., Baars C.: *Integracja psychiczna*. „W drodze”, Poznań 1987.
313. Tellegen A.: *Personality traits: Issues of definitions, evidence and assessment*. W: Cichetti D., Grove W. (eds.): *Thinking clearly about psychology: Essaye in honor of Paul Everett*. University of Minesota Press, Minneapolis 1991.
314. Terelak J.: *Stres psychologiczny*. Oficyna Wyd. Branta, Bydgoszcz 1995.
315. Thoits P.: *Dimensions of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature*. W: Kaplan H. (ed.): *Psychosocial stress: trends in theory and research*. Academic Press, New York 1983.
316. Tischner J.: *Śmierć i słowo*. W: Grajcarek A. (red.): *Sztuka rozmowy z chorym*. Wyd. Ad Vocem, Kraków 2001.
317. Tomaszewski T.: *Wstęp do psychologii*. PWN, Warszawa 1963.
318. Tomaszewski T.: *Człowiek i otoczenie*. W: Tomaszewski T. (red.): *Psychologia*. PWN, Warszawa 1975.
319. Tomaszewski T.: *Ślady i wzorce*. WSiP, Warszawa 1984.
320. Torrey F.: *Czarownicy i psychiatrzy*. PiW, Warszawa 1981.
321. Truant G.S., Lohrenz J.G.: *Basic principles of psychotherapy*. *American Journal of Psychotherapy*, 1993, 47, 1, s. 8–18.
322. Truax C., Carkhuff R.: *Toward effective counselling and psychotherapy: training and practice*. Aldine, Chicago 1967.
323. Tschudin V.: *Ethics in nursing. The caring relationship*. Guilford and King's, Oxford 1986.
324. Uramowska-Żyto B.: *Medycyna jako wiedza i system działań*. Wyd. PAN, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk 1980.
325. Van Meer K., van Neijenhof J.: *Elementarne umiejętności społeczne*. MDNŚSzMed., Warszawa 1993.
326. Van der Leeuw P.J.: *Some additional remarks on problems of transference*. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1979, 27, s. 315–326. Supplement.
327. Van der Poel C.J.: *W poszukiwaniu wartości ludzkich*. Pax, Warszawa 1987.

328. Vale J.: *Medicine and the Christian mind*. Christian Medical Fellowship Publication, London 1980.
329. Walat G.: *Elementy psychoterapii podtrzymującej w pracy pielęgniarki*. Zakł. Psychol. Zdrowia CM UJ, Kraków 1997. Praca magisterska niepubl.
330. Walden-Gałuszko de K., Majkowicz M.: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wyd UG, Gdańsk 1994.
331. Werman D.: *The practice of supportive psychotherapy*. Brunner/Mazel Publ., New York 1984.
332. Whorf B.: *Język, myśl, rzeczywistość*. PiW, Warszawa 1981.
333. Whyte L., Motyka M., Motyka H., Wsolek R., Tune M.: *Polish and British nurses' responses to patient need*. *Nursing Standard*, 1997, 38, s. 34–37.
334. Wilson-Barnet J.: *Stress in hospital. Patients' psychological reactions to illness and health care*. Churchill Livingstone, London 1979.
335. Wołowicka L., Kurowska K., Songin B., Ciesielski M., Rząsa J.: *Analiza możliwości rozwiązania problemów zdrowotnych pacjentów dializowanych*. W: Motyka M., Gajzler A. (red.): *Współczesne pielęgniarstwo – stan badań i kierunki rozwoju*. Mat. II Konferencji Naukowej Pielęgniarstwa. Kraków 1985.
336. Wołowicka L., Modzelewska M., Myca K., Górny R., Puz K.: *Nowe aspekty badania potrzeb psychicznych w pielęgniarstwie klinicznym*. W: Pawlaczyk B. (red.): *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa klinicznego*. Poznań 1987.
337. Wołowicka L., Myca K., Dyl G., Wilczewska L., Kwapisz U., Kostrzewa D.: *Symptomy potrzeb biologicznych u pacjentów hospitalizowanych*. W: Pawlaczyk B. (red.): *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa klinicznego*. Poznań 1987.
338. Wrona-Polańska H.: *Zmiana samopercepcji w procesie zmagania się z chorobą o niepomyślnym rokowaniu*. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.): *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wyd. UJ, Kraków 1999.
339. Wrześniewski K.: *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*. PZWL, Warszawa 1986.
340. Wrześniewski K.: *Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru*. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.): *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Wyd. UŚ, Katowice 1996.
341. Wrześniewski K.: *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*. W: Strelau J. (red.): *Psychologia*. T. 3. GWP, Gdańsk 2000a.
342. Wrześniewski K.: *Medycyna psychosomatyczna i behawioralna*. W: Strelau J. (red.): *Psychologia*. T. 3. GWP, Gdańsk 2000b.
343. Yalom I.D.: *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books, Inc., Publishers, New York 1985.
344. Zaborowski P.: *Filozofia postępowania lekarskiego*. PZWL, Warszawa 1990.

REDAKTOR

Dorota Węgierska

KOREKTA

Władysława Bulsza

SKŁAD I ŁAMANIE

Wojciech Wojewoda

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków

tel. 12-631-18-81, tel./fax 12-631-18-83